

O ANTROPÓLOGO EM AÇÃO: ESTÁGIOS DE ANÁLISE⁶⁸

George Foster⁶⁹

O papel do antropólogo, e de outros cientistas behavioristas em programas de desenvolvimento tecnológico, também pode ser examinado em função de uma sequência de eventos. Um projeto de ajuda técnica tem um início, um período de planejamento, um período de operações e, talvez, um período de inventariação ou avaliação, no qual são analisadas as lições aprendidas para orientação futura. Teoricamente a posição do antropólogo destacado para tal programa é a mesma em todos os estádios, mas as espécies de coisas que ele faz e as espécies de respostas que dá dependem do ponto determinado na sequência em que se encontra. Para fins de ilustração, o trabalho do antropólogo nestas quatro fases será descrito sob os títulos de: 1) pré-estudo, 2) planejamento, 3) análise continuada e 4) avaliação.

PRÉ-ESTUDO

Quando se tem em vista um projeto de desenvolvimento, é preciso reunir dados para que o planejamento possa ser feito inteligentemente. A quantidade de pesquisas que um antropólogo deve fazer dependerá, em grande parte, da quantidade de pesquisa cultural básica que tenha sido realizada antes na área em questão. Se um antropólogo destacado, digamos, para um projeto de saúde pública já tem uma boa ideia da estrutura social da área em apreço, dos padrões econômicos, do sistema de valores, das crenças e práticas médicas populares, ele poderá dedicar-se imediatamente aos assuntos específicos que provavelmente serão importantes no projeto proposto. Sua tarefa será utilizar-se do corpo de dados socioculturais não especializados disponíveis, concluir que informações específicas inexistem e depois tentar preenchê-los claramente. Um pré-estudo de algumas semanas (e algumas vezes menos) lhe dará as respostas necessárias.

Se, por outro lado, se souber relativamente pouco sobre a cultura e a sociedade de uma área, para dar o mesmo grau de auxílio, o antropólogo precisará muitas vezes dessa quantidade de pesquisa, pois terá de elabo-

⁶⁸Publicado em português: FOSTER, George M. *As culturas tradicionais e o impacto da tecnologia*. Tradução de João Távora. São Paulo: Editora Fundo de Cultura, 1962.

⁶⁹George McClelland Foster Jr. (9 de outubro de 1913 a 18 de maio de 2006) foi um antropólogo americano da Universidade da Califórnia, Berkeley. Atuou como presidente da American Anthropological Association (AAA) (eleito em 1970).

rar amplos padrões de vida antes de poder responder a questões específicas. Por isso a pesquisa antropológica básica é tão importante para que se possa fazer uso eficiente dos antropólogos em programas orientados para um fim, o que já existe constitui capital científico; forma um platô de conhecimentos socioculturais que permite trabalho mais rápido do que um levantamento desde uma planície ao nível do mar. Um cientista behaviorista poderá trabalhar muito mais eficazmente num programa de ajuda técnica, digamos, no México ou na Índia, do que no Afeganistão ou no Vietnã, simplesmente porque nos primeiros países já foi realizada grande quantidade de pesquisa básica, ao passo que nos últimos quase não se fez trabalho algum nesse sentido. A pesquisa básica generalizada – pesquisa não dirigida para problemas específicos – é também muito importante, porque, enquanto o trabalho não começar num projeto de desenvolvimento, não será possível reconhecer todos os fatores significativos.

A necessidade de encorajar e financiar a pesquisa científico-behaviorista básica é, infelizmente, algo que a maioria das autoridades governamentais, só com dificuldade, compreende. Elas querem respostas específicas a perguntas específicas..., e rapidamente. Sua situação não é difícil de compreender; as autoridades governamentais são prisioneiras do orçamento atual. É preciso mostrar resultados para justificar o custeamento contínuo, e verbas destinadas a trabalho que poderá não compensar durante vários anos, constituem um investimento menos atraente do que as que puderem apresentar resultados rápidos. Contudo, para que possa ser dado o melhor apoio da ciência behaviorista a programas de auxílio técnico, grande parte da pesquisa básica deve ser patrocinada pelas organizações que administram tais atividades.

Deve ficar claro, pois, que a natureza do pré-estudo antropológico dependerá da quantidade de pesquisa antropológica prévia. Se se tiver feito pouco, então o pré-estudo confundir-se-á, por necessidade, com a pesquisa básica. Se se tiver feito muito, o pré-estudo será dirigido quase imediatamente aos alvos do projeto proposto. O trabalho de Isabel Kelly e seus colegas, descrito no último capítulo, encontra-se a meio caminho entre estes dois polos. Inicialmente, ela acreditou que a moradia em El Cuije poderia ser estudada quase excluindo outros aspectos da cultura, graças aos que já se sabia. Isso se revelou verdadeiro apenas em parte, pois El Cuije encontra-se numa área subcultural do México, que foi desprezada em grande parte nos primeiros estudos. Consequentemente, o estudo de dez meses abrangeu técnicas de lavoura, orçamentos domésticos, padrões de trabalho dentro da família, fatores políticos e muitas outras coisas que se revelaram importantes para a tarefa imediata. Ao mesmo tempo, logo desde o começo essa pesquisa foi dirigida especificamente para a moradia, e deu-se pouca atenção a coisas como folclore, música, práticas religiosas e observâncias fúnebres que, por mais interessantes que fossem, tinham pouco a ver com os alvos do projeto.

Um pré-estudo de tipo diferente é descrito brevemente por Barnett. Wolelai, um grupo de ilhotas que cerca uma grande lagoa, situado a meio caminho entre Truk e Palau, foi utilizado como base aérea japonesa durante a Segunda Guerra Mundial. Os coqueiros e as árvores de fruta-pão foram

abatidos para dar lugar às instalações militares, as mulheres foram evacuadas para outras ilhas e os homens postos a trabalhar. Ao fim da guerra, as ilhotas estavam quase inteiramente nuas, grande extensão de terra valiosa fora coberta de coral e concreto e as possibilidades agrícolas estavam enormemente reduzidas em comparação ao que fora antes da guerra. Quando o povo voltou às ilhas, o governo americano encontrou-se evidentemente diante de um problema de assistência.

Em 1950 uma equipe de especialistas foi enviada lá para estudar a situação e fazer recomendações. O antropologista devia informar sobre condições sociais, econômicas, políticas, religiosas e educacionais e determinar as necessidades de assistência dos habitantes. Ele verificou que as provações em comum experimentadas pelos nativos haviam produzido uma comunidade com alto grau de integração e que eles haviam elaborado meios de produzir e distribuir comida. Mas, embora os nativos houvessem definido sua necessidade básica como sendo de mais comida, parecia que não estavam realmente em perigo de passarem fome. O antropólogo, por conseguinte, mostrou-se contrário a oferecimentos de arroz e comidas enlatadas, que, achava ele, só serviriam para aumentar as futuras expectativas dos ilhéus. Expressou sua crença de que alguma renda em dinheiro – que existira nos tempos dos japoneses – era a necessidade mais premente deles, e que isso devia ser obtido por esforços para melhorar a agricultura e introduzir outras comidas que os nativos poderiam produzir eles mesmos⁷⁰.

PLANEJAMENTO

Com um conhecimento geral da estrutura básica e, idealmente, um pré-estudo dirigido para problemas específicos, o antropólogo deve estar em condições de predizer em linhas gerais as consequências prováveis de qualquer detalhe proposto. Inversamente, ele deve poder explicar as pré-condições mínimas necessárias para o sucesso da inovação, ou indicar os problemas imprevistos que constituirão barreiras. Ao planejar atividades, o antropólogo faz uso particularmente de seu conceito de cultura como uma unidade integrada, na qual uma deslocação ou mudança afetará e será afetada por toda uma série de outros fatores. Numa aldeia indiana o agente de auxílio técnico ocidental poderá sentir que composto de estrume de vaca concorrerá muito para solucionar problemas de fertilização de campos. O antropólogo, ao trabalhar nos planos para a aldeia, observará que o estrume tem muitos usos que competem entre si pela quantidade limitada existente. É usado como combustível para cozinhar e suas características de combustão lenta tornam-no particularmente importante no preparo do *ghee*, manteiga clarificada usada numa série de comidas. O esterco é importante no barro usado para rebocar casas e é usado até mesmo um pouco no narguilé em volta do qual se concen-

⁷⁰Barnett, 1956, p. 94-95.

se concentram as reuniões sociais masculinas. Conseqüentemente, resta menos da metade do estrume produzido pelas vacas da aldeia para usar como fertilizante⁷¹.

Um de meus colegas planejadores, uma vez descreveu um engenhoso poço de composto que ele inventara. Podiam-se jogar nesse poço restos de comida, caules verdes, folhas e quase qualquer outra matéria vegetal, onde se gerava suficiente gás para fazer funcionar um fogareiro simples, adequado para as necessidades de cozinha de uma família média. Ele viu nisso um recurso potencial para reduzir as necessidades em terras desflorestadas de países em vias de desenvolvimento. Mas o refúgio que iria para o poço também tinha usos tradicionais: servia como fertilizante, forragem animal e outras coisas, de modo que mesmo que o dispositivo pudesse ser produzido por baixo preço, não é de modo algum certo que encontrasse ampla aceitação.

Embora os antropólogos tenham sido empregados mais frequentemente em planejamento do que em atividades de pré-estudo, há notavelmente poucos exemplos registrados que mostrem exatamente o que se tem feito. Isabel Kelly e seu colega, o antropólogo mexicano García Manzanedo, comunicam um caso. Foi-lhes pedido pelo chefe da seção de Estudos Experimentais do Ministério de Saúde e Assistência Pública do México para examinarem o programa antimalárico do Governo Mexicano – parte da atual – tentativa de âmbito mundial para acabar com a malária – e para fazerem recomendações sobre operações mais eficientes. Essa pesquisa foi feita sem trabalho de campo, na base dos amplos conhecimentos gerais que os dois antropólogos tinham do México. Primeiro, eles examinaram mapas que mostravam as áreas infetadas e depois sobrepuseram esses em outros mapas que mostravam a distribuição da população indígena do país. Isso revelou que muitas das áreas com alto grau de infecção eram também áreas com população indígena densa, frequentemente com muitos grupos monolíngüísticos representando um certo número de diferentes línguas. Sugeriu isto que em algumas partes do país haveria problemas muito maiores – e conseqüentemente maiores custos – de comunicação numa base *per capita* do que fora previsto pelos planejadores médicos.

O controle da malária exige que se tomem amostras de sangue, e os antropólogos observaram que existe relutância entre muitos índios, e muitas vezes também entre mestiços rurais, em permitirem essa operação. Às vezes, essa oposição baseia-se na crença de que o sangue pode ser usado para feitiçaria dirigida contra a vítima, pelo processo de magia. Simpatia, na qual qualquer mal feito a alguma coisa do corpo reagirá no próprio corpo. Em outras regiões a oposição nasce da crença de que o sangue é uma substância que não se renova e que, na medida em que se perde sangue, a pessoa perde força e vigor sexual. Em tais regiões, os antropólogos sugeriram que a extração de sangue talvez só pudesse ser

⁷¹MARRIOTT, 1952, p. 265.

conseguida pela força. Por outro lado, observaram que em algumas partes do Iucatã e de Quintana Roo que a sangria faz parte da terapia tradicional, e nessas regiões, sugeriram, talvez, haver menos resistência. Baseados em observações feitas em lugares onde fora realizado o trabalho de controle malárico anteriormente, eles sabiam que os inseticidas muitas vezes causavam a morte de pintos, abelhas e até gatos, e que essas mortes despertaram muita hostilidade. Advertiram sobre a necessidade de explicarem, muito cuidadosamente, o efeito do DDT e de tomarem medidas para reduzir ao mínimo os efeitos secundários nocivos.

Estudaram também o plano administrativo do projeto e notaram que as treze principais zonas de operação tinham sido estabelecidas, em grande parte, com base na população. Cada zona devia ter essencialmente o mesmo número de orientadores e o mesmo plano de ataque. Algumas zonas eram relativamente homogêneas. Mas as que compreendiam muitos grupos indígenas diferentes, por vezes em regiões remotas e isoladas, evidentemente exigiriam mais orientadores, e orientadores com aptidões para lidar com grupos indígenas. Assim, os antropólogos sugeriram que a organização antimalárica procurasse obter a cooperação do Instituto Nacional dos índios, que já tinha centros de desenvolvimento em um certo número de áreas indígenas. Achavam eles que os "promotores culturais", já em atividade, que haviam captado a confiança dos índios (e muitos dos quais eram índios), seriam de valor inapreciável para auxiliar na campanha de combate à malária nessas regiões.⁷²

ANÁLISE CONTINUADA

Potencialmente, este é o ambiente em que se podem fazer os maiores progressos científicos e, que, por conseguinte, deve ser o mais satisfatório para o antropólogo. É a situação em que o antropólogo tem, ou deveria ter, a oportunidade de testar as suas hipóteses, vendo se suas previsões se realizam. É o ambiente em que o antropólogo pode ter a oportunidade de ver, imediatamente e de primeira mão, as consequências da inovação e daí estudar, em condições quase de laboratório, todo o processo de aceitação ou rejeição de novos elementos. Ele fala com informantes, nota suas atitudes e reações. Pode descobrir, com pouco esforço, exatamente *porque* as pessoas fazem ou pensam o que fazem e o que pensam. Técnicos competentes, algumas vezes, fazem a mesma coisa. Não obstante, o técnico em geral raramente tem tempo para interrogatórios extensos, mesmo que conheça as técnicas e deseje fazê-lo. O antropólogo, nesta situação, fornece os olhos e os ouvidos para o projeto. Sua percepção de evoluções pode tornar possíveis modificações em planos, enquanto ainda é tempo de mudar, e experimentação com ideias novas ou alteradas.

O antropólogo pode ser a primeira pessoa a notar barreiras quando

⁷²García Manzanedo; K!lly, 1955.

elas se formam e deve estar em condições de sugerir modos de vencê-las. Está em condições, também, de sugerir experiências com técnicas diversas e medir e avaliar a relativa eficácia de métodos experimentados. Na educação de saúde, por exemplo, dar-se-á maior ênfase a filmes, projeções luminosas ou ao uso de bonecos. Os melhores métodos em determinada região não poderão ser determinados enquanto não forem experimentados vários. O antropólogo pode estabelecer experimentos controlados e dar muito boas respostas a questões como estas. As respostas, por sua vez, têm significação teórica e prática muito além do problema imediato. Deste modo a gente fica sabendo sobre motivações básicas; pode-se estudar a percepção condicionada pela sociedade e a cultura; podem-se ver mais claramente a natureza e os meios do processo de comunicação na sociedade.

Um exemplo específico ilustra esta situação. A Divisão de Educação de Saúde, do Departamento de Saúde Pública da Califórnia, queria saber a maneira mais eficaz de comunicar-se com as mães de língua espanhola nas maternidades. Deveriam os pequenos folhetos e volantes, ordinariamente, escritos em inglês, para mães de língua inglesa, ser traduzidos para o espanhol, e a melhor sugestão foi que volantes separados em espanhol seriam muito apreciados. Mas a pesquisa revelou que um grupo de aculturação na vida americana é muitas vezes sensível quanto aos seus problemas de linguagem, que algumas mães se ofenderiam com a sugestão de que talvez não soubessem ler em inglês. Chegou-se à conclusão de que a melhor coisa seria uma publicação bilingue, que não salientaria as diferenças étnicas das pessoas de língua espanhola, mas que elas poderiam ler facilmente em sua língua nativa.⁷³

Um número ilimitado de experiências acode por si mesmo aos antropólogos que trabalham como componentes de programas continuados. Por exemplo, qual seria a dificuldade de introduzir no Afeganistão o jugo mediterrâneo, preso aos chifres, para substituir o jugo tradicional que repousa na grande bossa do animal, de modo que pudesse proceder-se à castração dos animais e melhorar o gado? (Ver Capítulo 5.) Só uma experiência diria se o que parece ser uma solução seria um fato exequível.

A construção de privadas sanitárias parece tarefa simples, mal precisando de trabalho experimental. Entretanto, a aceitação pública das privadas está longe de ser automática. Pesquisas recentes realizadas na Índia mostram quanto são complexos os problemas e como o trabalho experimental pode dar respostas corretas. O trabalho foi levado a efeito em 1956 pela Seção de Saúde Rural do Instituto de Planejamento de Pesquisa e Ação de Uttar Pradesh. Após estudo de programas anteriores, notou-se que havia duas categorias de problemas: o desenho físico da própria privada e os fatores humanos que motivam as pessoas a instalarem e usarem privadas. Por motivos sanitários, o que se considerou mais conveniente foi um desenho de caixa de descarga, que funcionava depois

⁷³Clark, 1959, p. 221.

de enchida com uma vasilha manual. Os fatores físicos compreendiam elementos tais como funcionamento seguro, custo inicial barato e uso de materiais locais. Os fatores humanos compreendiam um desenho adaptado às crenças e hábitos do povo relativamente à eliminação de excretos, o mínimo de cheiro, o mínimo de limpeza exigido, eliminação do perigo de salpicamento quando em uso e um dispositivo que permitisse o aproveitamento das fezes para estrume. Na experimentação inicial foram tentados onze desenhos diferentes e pediu-se aos aldeões que expressassem as suas reações. Fizeram-se três experiências subsequentes, nas quais foram refinados os modelos mais promissores, seguindo sempre os comentários de aldeões. Por fim elaborou-se um desenho que parecia atender às exigências tanto humanas quanto físicas.⁷⁴

O uso do termo "experiência", neste sentido, perturba muitos antropólogos. Ele sugere "manipulação" de pessoas, e isso indubitavelmente significa uma invasão de direitos. De algum modo, parece implicar a mesma coisa que fazer ratos correrem por um labirinto de laboratório. O argumento parece-me especioso. As espécies de experimentação que tenho em mente são repetidas uma centena de vezes por dia na vida americana. Os peritos em tráfego fazem experiências com o fluxo de tráfego, ruas de mão única, estacionamento limitado. Bons professores fazem experiências com seus alunos, tentando formas alternadas de exames, modos diferentes de ministrar cursos. Firms industriais experimentam novos produtos e diferentes formas de embalagem. Mas a maioria de nós não acharia que estas atividades representam invasão de direitos básicos. As únicas violações de direitos básicos que já vi em programas de desenvolvimento foram aquelas em que se induziram pessoas a empregar dinheiro em empreendimentos não de todo comprovados; em alguns casos perdeu-se muito. Este procedimento é extremamente lamentável e devemos precaver-nos contra ele, mas não muda o fato de que na maioria das situações pode ser levado a efeito importante trabalho experimental, ordinariamente numa base completamente voluntária, com valiosos resultados tanto para a ciência quanto para os alvos do programa.

Os administradores de programas algumas vezes consideram os antropólogos, principalmente, como solucionadores de dificuldades. Eles "conhecem a cultura local", de modo que, quando alguma coisa corre mal, eles podem ser enviados para tirar a banha do fogo. R. N. Adams fala-nos de um caso em que lhe foi dado esse papel num programa de saúde na Guatemala. O Instituto de Nutrição da América Central e do Panamá (INCAP) realizava trabalho de pesquisa sobre nutrição e saúde em várias aldeias indígenas perto da cidade de Guatemala. Fornecia-se complemento alimentar para as crianças escolares como parte de um programa para determinar como a alimentação local, que parecia deficiente em proteína, poderia ser melhorada. Além de alimentadas, as crianças eram submetidas a exames médicos periódicos, que compre-

⁷⁴Prai, 1958.

endiam radiografia e retirada de sangue. A fim de promover as melhores relações possíveis com os aldeões, um orientador social guatemalteco foi empregado para trabalhar nas casas, e estabeleceu-se uma clínica em cada aldeia, com uma enfermeira regular, trabalhando na base de tempo integral, na suposição frequentemente sadia de que contribuir para as necessidades de saúde de todos os aldeões conquistaria amigos para o programa. No princípio o trabalho correu bem, mas depois os aldeões de uma comunidade começaram a faltar às consultas marcadas, circularam rumores de que o projeto tinha motivos políticos, os pais disseram que os filhos estavam sendo prejudicados e a hostilidade chegou a um ponto em que a continuação do trabalho parecia duvidosa.

Nessa altura pediram a Adams que analisasse os problemas. Depois de alguma pesquisa, ele concluiu conjecturalmente que existiam três grandes problemas: uma comunicação deficiente entre o pessoal do INCAP; uma situação política nacional agitada, com repercussões locais que influenciavam o trabalho adversamente; um programa de trabalho social muito amplo, destinado a conquistar amigos, na verdade estava produzindo mais mal do que bem.

As antipatias pessoais entre alguns dos membros da equipe de campo haviam influenciado adversamente o intercurso, que é vital num programa deste tipo. Como as atividades da assistente social tinham pelo menos alguma coisa a ver com o programa básico, ela foi posta sob a direção administrativa de Adams, e além disso, tornou-se um principal canal de comunicação entre os outros membros, até que se fizeram algumas mudanças e se pode reunir um grupo de orientadores mais harmônico. O ponto importante aí, diz Adams, é que antes da investigação a equipe de campo atribuía a culpa à falta de muito apoio dos índios aos índios; "na verdade, o mal estava dentro da organização da própria equipe de campo, e os índios eram pouco mais que embaraçados espectadores no caso".⁷⁵

Com respeito aos fatores políticos, o problema residia na existência de duas importantes facções nacionais; um grupo favorável ao governo, considerado por muitos, dirigido por comunistas e um grupo anticomunista. Os índios, como católicos, eram anticomunistas. Em agosto de 1951, toda a equipe de campo, inclusive Adams, verificou que eles estavam sendo chamados comunistas, identificação baseada na crença de que o INCAP, na realidade uma organização internacional, era um órgão do governo. Esta é uma situação comum em que os antropólogos e as equipes de ação se encontram na América Latina, mas a maneira como Adams atacou o caso aqui é incomum.

A solução deste problema foi tosca, mas evidentemente eficaz. Parte dela consistiu em procurar as fontes do rumor de que o INCAP era comunista e depois ter conversas enérgicas com os indivíduos em questão. Não houve nada de particularmente delicado em nosso trato com aqueles indivíduos: dissemos-lhes francamente que eles tinham mentido e que estavam espalhando insidiosamente informações falsas sobre um grupo respeitável

⁷⁵R. N. Adams, 1953, p. 11.

de pessoas e que, na realidade, eles estavam ajudando os comunistas fazendo isso. Ao mesmo tempo, o pessoal de campo visitou as casas de todos os que havíamos considerado amigos até então e discutiu-se francamente a natureza da maledicência.⁷⁶

O terceiro problema, o dos efeitos indesejáveis do programa de trabalho social, parece contrariar a frequente experiência de que um bom programa reforça outro. Este programa compreendia introduzir um varrão reprodutor para melhorar a raça local e estabelecer uma capoeira municipal para demonstrar os métodos de criar galinhas melhores, realizando-se reuniões à noite e outras atividades semelhantes. Infelizmente essas atividades foram causa de atrito entre os aldeões. As professoras achavam que o varrão pertencia a elas, ao passo que os homens locais que o tinham alimentado achavam que deviam vendê-lo para obter lucro. Os membros da comissão que havia ajudado a estabelecer a capoeira municipal acreditavam que tinham o direito aos ovos, que vendiam para seu próprio proveito, em vez de os distribuírem entre os criadores de galinhas em potencial. E frequentemente os filmes para as reuniões sociais não chegavam ou o aparelho enguiçava, deixando as pessoas de mau humor. A clínica também causava problemas; as visitas do médico não obedeciam a horário, ou eram imprevisíveis, e os serviços não correspondiam às expectativas do povo. Com a retirada do programa de assistência e a redução nos serviços da clínica, eliminaram-se as fontes de irritação, e isso facilitou a concentração no programa nutricional.⁷⁷

Mas ainda restavam outros problemas, estes girando em volta das crenças médicas populares. A investigação revelou que a oposição à extração de sangue para exame se baseava na crença de que o sangue não se regenera, que cada pessoa tem apenas um tanto para toda a vida e o indivíduo ficará permanentemente enfraquecido à medida do sangue perdido.

Um informante disse ao antropólogo que os aldeões simplesmente não podiam compreender por que os médicos, que afirmavam saber curar as pessoas, andavam por ali intencionalmente tirando o sangue de crianças, tornando-as assim mais fracas. A fraqueza tornava uma pessoa suscetível, de modo que a extração de sangue era o reverso do que os médicos deviam fazer. Aquele informante concluiu que os médicos não podiam saber grande coisa sobre cura de pessoas.⁷⁸

Quando se descobriu a natureza da oposição a permitir tirar sangue, tomaram-se medidas para neutralizá-la. Em parte, isso implicava determinar o mínimo de quantidade de sangue necessário para o exame e ter o cuidado de que não se tirasse mais do que isso. Em parte, significava tirar apenas umas poucas de amostras de cada vez, a fim de evitar o impacto

⁷⁶*Ib*" p. 11.

⁷⁷*Ib*" p. 12.

⁷⁸R. N. Adams, 1955, p. 44-1.

psicológico da doação de sangue em massa. Mas também significava tirar partido da crença popular. Considerando-se que o sangue indicava força ou fraqueza, seguia-se que o estado do sangue podia ser usado como medida para determinar a saúde e resistência duma pessoa à doença. Assim, os orientadores começaram a explicar que o sangue, retirado em pequenas quantidades, permitia aos médicos saberem da saúde da criança e tomarem as necessárias medidas, caso o sangue da criança se revelasse doente. Essa explicação, inculcada insistentemente no espírito do povo, foi aceita, e quando, depois de um intervalo de mais de dois meses, se tirou sangue novamente, houve pouca oposição.⁷⁹

Em casos como este, um antropólogo no papel de reparador pode ser frequentemente de grande auxílio. A reparação é, quando muito, um tapaburacos. Pré-estudo e planejamento mais extensos e melhores tendem a eliminar este papel.

AVALIAÇÃO

Este é um dos tipos mais importantes de trabalho que tem sido feito por antropologistas empregados em programas dirigidos a um alvo. A técnica é estudar um programa específico através de sua história, utilizando documentos e, quando possível, entrevistando pessoas que tomaram parte nele, a fim de extrair da experiência lições que possam ser utilizadas em melhor planejamento para trabalho futuro. O antropólogo frequentemente se defronta aí com um problema especial. Os problemas humanos da mudança tecnológica nem sempre tiveram recebido no passado a atenção devida; e conseqüentemente muitos projetos dignos de louvor têm fracassado. Uma análise *ex post facto*, por conseguinte, resulta muitas vezes num sumário do que correu mal e não do que correu bem. Isso coloca o antropólogo no papel de crítico impertinente, o que não o torna simpático aos administradores, que sentem acertadamente – que o antropólogo não teve de enfrentar os problemas práticos de dirigir um projeto e que, se isso tivesse acontecido, talvez fosse mais tolerante. É infelizmente verdade que a maioria das leituras, sobre o setor da antropologia aplicada, são análises de fracassos totais ou parciais. Entretanto, do ponto de vista da pesquisa científica, o fracasso ou sucesso de determinado projeto é acidental; o importante é saber se podem ou não ser aprendidas lições que signifiquem sucesso no futuro. O exemplo de avaliação aqui resumido ilustra uma grande tentativa para usar cientistas behavioristas na avaliação de programas e mostra, segundo creio, algumas de lições úteis que resultam deste tipo de trabalho.

A partir de 1944, a *Smithsonian Institution* enviou professores de ciências sociais em visita à América Latina para ensinarem e tomarem parte na realização de estudos básicos de cultura rural. No fim, foram publicados dezesseis volumes sobre muitos aspectos da vida latino-americana. Nenhum desses trabalhos visava diretamente a problemas específicos, mas,

⁷⁹*Ib*" p. 448.

com outras pesquisas sobre a América Latina, revelou-se um excelente ponto de partida para trabalho de ação. Essa oportunidade apareceu em 1951, quando o Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos convidou cinco professores *smithsonianos* – quatro antropólogos e um sociólogo – para tomarem parte numa importante avaliação dos primeiros dez anos de trabalho de saúde pública levado a efeito pelo Instituto de Negócios Interamericanos, em cooperação com os departamentos de saúde dos países visitados⁸⁰. Foram selecionados centros de saúde, pedra angular do programa de dez anos, como o principal foco de pesquisa, mas também receberam atenção hospitais e saneamento ambiente. Não foram enviados questionários padrões de Washington; pediu-se a cada cientista que usasse o próprio critério quanto à maneira de proceder. O sociólogo (Simmons) salientou coisas, tais como problemas de estrutura social, hierarquias de posição na profissão médica e conflitos resultantes de diferentes compreensões de papel. Um antropólogo (Oberg), com longa experiência de governo, salientou os problemas administrativos que em uma burocracia governamental dos Estados Unidos tem na orientação de seu pessoal (no decorrer do seu estudo elaborou o conceito de choque de cultura) e no trabalho com seus equivalentes do país hospedeiro. Um segundo antropólogo (Kelly), histórica e etnologicamente orientado, salientou a natureza da medicina popular, a dicotomia rural-urbana em seus reflexos nos padrões de comportamento, os problemas das mães em atenderem às exigências de seus maridos, e coisas semelhantes. Os outros antropólogos (Erasmus e Foster) concentraram-se em fatores econômicos e padrões básicos de mudança. Alguns cientistas sociais poderiam criticar a evidente falta de plano de pesquisa. Mas este procedimento, inicialmente flexível, permitiu esboçar o escopo do problema. Trocaram-se descobertas preliminares, definiram-se problemas básicos e chegou-se a um acordo sobre como poderiam obter-se dados comparativos de sete países.

Identificaram-se duas grandes áreas de problemas: 1) a qualidade e a natureza das relações interpessoais, particularmente entre pacientes e pessoal da saúde pública, mas também dentro do próprio pessoal da saúde pública; 2) todo o complexo de crenças, atitudes e práticas relacionadas à saúde, prevenção da doença, doença e cura, no sentido mais amplo, "a medicina popular".

Verificou-se, por exemplo, que os pacientes do centro de saúde muitas vezes sentiam falta de tato e diplomacia da parte do pessoal médico. Parte do problema provinha de ideias de classe e condição muito comuns na América Latina, onde as pessoas abaixo da nossa posição na vida não são consideradas merecedoras da mesma consideração que se dá aos nossos iguais ou superiores. Mas em outros casos, a aparente rudeza era completamente inconsciente e resultava do desejo de uma enfermeira ou educador de saúde para realizar uma tarefa absolutamente profissional (e impessoal). Lembremo-nos das experiências das enfermeiras salvadorenha e chilena. O conceito do comportamento próprio, segundo o

⁸⁰Erasmus, 1954; Foster, 1952, 1953; Oberg e Rios, 1955; Simmons, 1955.

papel, do pessoal do centro de saúde, quando posto em prática, criava nos pacientes um sentimento de frieza e falta de simpatia. Depois, os pacientes queixavam-se de esperas muito mareadas por motivos burocráticos e não para atender às necessidades do grupo cliente. Finalmente, as mães muitas vezes sentiam-se hostilizadas porque os centros de saúde não aceitavam crianças doentes ou só aceitavam crianças doentes se tinham sido previamente matriculadas. Nos países em vias de desenvolvimento as mães pobres não têm muita noção da distinção entre medicina curativa e preventiva – distinção que é uma função das necessidades, assim como dos direitos adquiridos dos profissionais dos países industrializados. Consequentemente, quando centros de saúde que lhes tinham dito existirem para melhorar as condições de saúde, recusavam-se a ajudá-las nas suas horas de necessidade, as mães frequentemente concebiam má opinião dos serviços preventivos cujos alvos eram estranhos para as suas maneiras de pensar.

Esta pesquisa salientou o fato, já reconhecido em alguns países, mas não em todos, de que um projeto de saúde pública americano eficaz simplesmente não pode ser transplantado para outro país com níveis de saúde, potencial econômico e grupos de população diferentes. No Chile, tomou-se a decisão de aceitar crianças doentes quando eram levadas a um centro de saúde. Isso conquistou a confiança e aprovação das mães, as quais, tendo sido atendidas em suas necessidades, frequentemente se mostravam dispostas a aceitar os serviços de prevenção, mesmo que não compreendessem bem sua natureza. Por outro lado, os centros de saúde da Cidade do México, inicialmente operavam rigorosamente à maneira dos Estados Unidos, rejeitando crianças que não tinham sido previamente registradas. Em comparação com os do Chile, esses centros apresentavam alta percentagem de rejeição de casos, e o trabalho de prevenção era muito menos bem-sucedido. A lição aprendida, e agora geralmente aceita, é de que em países em vias de desenvolvimento, os programas de medicina curativa são necessários para conquistar a confiança e a boa vontade que tornam eficazes os programas de prevenção.

Entre as coisas significativas, reveladas pela pesquisa médica popular está o fato – hoje documentado em muitas outras partes do mundo – de que as pessoas pouco expostas à medicina moderna dicotomizam espécies de doenças: há as que um médico pode evidentemente tratar, tais como pneumonia, piã, malária, e outras que reagem rapidamente a drogas milagrosas; e há as que o médico não pode tratar, ou porque não tem conhecimentos delas ou porque nega existirem. Estas são frequentemente doenças popularmente definidas que se acredita serem causadas por forças mágicas ou outras: o mau-olhado, o "ar", o "susto" e outras semelhantes. No primeiro caso, procura-se o auxílio do médico, mas não ordinariamente no segundo caso. Afinal de contas, se um pai sabe que seu filho é vítima de "mau-olhado", e o médico diz que não existe semelhante coisa, é pedir muito querer que ele acredite haver obtido assim o socorro médico adequado.

A pesquisa das crenças populares em questão de medicina salientou um problema básico enfrentado por todo o pessoal médico que trabalha

em países em vias de desenvolvimento ou em regiões onde muitos de seus clientes estiveram pouco expostos à prática médica moderna. Até que ponto, se de algum modo, o pessoal médico deve pactuar com a crença popular em questões de medicina? Deve toda a prática médica ser levada a efeito nos termos clínicos que caracterizam uma cidade americana, ou devem-se fazer mudanças nas práticas que violam a crença popular, por mais supersticiosa que tal crença possa ser? Aqui vão exemplos das espécies de problemas que se encontram.

Os povos camponeses, em grande parte do mundo, acreditam que a eliminação ritual da placenta é essencial para o bem-estar da mãe e da criança. Frequentemente isso significa enterrá-la debaixo das lajes da lareira. Sabemos que as senhoras grávidas e suas famílias frequentemente resistem à hospitalização por medo de que aconteça algum mal se a placenta for tratada de outro modo. Devemos simplesmente concluir que as pessoas terão de aprender que seus pontos de vista são supersticiosos, ou devemos tomar providências para entregar a placenta à família para que se desfaça dela da maneira tradicional? A última solução repugna a alguns médicos, mas tem sido adotada com êxito em muitas ocasiões. Em centros de saúde pré-natal, com recursos para partos recentemente abertos no noroeste da Argentina, a reação inicial ao parto em hospital foi antagônica. Depois que se adotou a prática de dar a placenta à família para ser eliminada da maneira tradicional, a clientela aumentou de 20 a 50 por cento em vários centros. O Dr. Carlos Canitrot acredita que essa decisão contribuiu para aumentar a utilização dos serviços⁸¹. No norte da Nigéria acredita-se que a família deve receber, não só a placenta, mas também todo o sangue perdido durante o parto. A fim de atrair pacientes para o parto no hospital, é preciso lavar os lençóis e toda a roupa de cama e dar à família a água juntamente com a placenta⁸². No Salvador e em outras partes da América Latina a gente do campo compartilha uma velha crença espanhola: o parto será mais fácil se a mãe usar ou tiver debaixo da cama o chapéu do marido, ou se usar a camisa ou jaqueta dele. Se, pactuando com tal superstição, puderem induzir mais futuras mães a se valerem dos serviços hospitalares, deve-se dar permissão à mãe para fazer o que deseja?

Não há resposta fácil para estas perguntas. Muitos médicos que trabalham em tais condições cada vez mais se convencem de que devemos romper com o nosso próprio folclore e superstições em medicina e afeiçoar pelo menos alguns dos nossos serviços às culturas locais. Inofensivos chás de ervas, por exemplo, podem tornar possível persuadir as mães a dar às crianças com diarreia a água que elas não lhes dariam se as instruções estipulassem simplesmente grande quantidade de água fervida. E se um grupo acredita que três (ou quatro) é um número de sorte, poder-se-á receitar remédio cada três (ou quatro) horas, ou três ou quatro vezes por dia, ou até mesmo em pequenas unidades de três ou quatro. Se a dieta de

⁸¹Comunicado pelo Dr. Carlos Canitrot.

⁸²Comunicado pelo Dr. Adenijadeniyi-Jones.

um hospital entra em conflito com as crenças populares sobre o alimento adequado para certas doenças, devem-se fazer certas modificações sem ofender a dignidade da medicina. Em sociedades camponesas são, em geral, prescritas certas dietas rigorosas após o parto, e o medo de serem obrigadas a comer comidas que sabem serem nocivas a elas, impede algumas vezes mulheres, de outro modo perfeitamente dispostas a isso, a procurarem hospitalização para o parto. Se a pesquisa revelar que o suco de laranja é proibido, mas é permissível o suco de tomate, parece que o lógico seria servir suco de tomate.

Não se pode saber até que ponto se deverá pactuar com as crenças populares. Em 1957, um raio caiu numa palmeira no pátio de um sanatório de tuberculosos em Tucson. Devido à significação do raio em sua religião, os pacientes, índios navajos, ficaram muito agitados, e dois deles deixaram o sanatório. O administrador do hospital, sensível a questões de cultura, foi buscar um curandeiro navajo com sua parafernália cerimonial para executar o "canto" que normalmente seria feito na reserva a fim de neutralizar o perigo causado pelo raio. As palavras e cantos do curandeiro foram transmitidos a todas as enfermarias pelo sistema de comunicação, de modo que cada navajo ouviu a cerimônia e sua própria bênção pessoal. Depois disso não se falou mais em deixar o hospital, e a crise de saúde foi evitada.

Mas há também provas do outro lado. Como parte da pesquisa de saúde da Smithsonian, Charles Erasmus entrevistou certo número de mães em uma nova e excelente maternidade de Quito, no Equador, a qual obteve imenso sucesso dentro de muito pouco tempo. Todas as mães criticavam o hospital por obrigá-las a fazer coisas que se chocavam com as suas crenças; comida errada, janelas abertas deixando entrar ar puro, banhos diários, limpeza de unhas obrigatória e uma série de outros atos de rotina que, insistiam elas, punham em perigo a saúde delas e de seus filhos. Mas quando o Dr. Erasmus lhes perguntou por que iam para o hospital, elas responderam que tinham notado que os bebês nascidos no hospital eram muito mais sadios do que os nascidos em casa (...), de modo que, nesse caso, a cultura como barreira parecia voar pela janela, dando lugar à aceitação de novas práticas médicas.⁸³

Esse exemplo particular e igualmente outras descobertas deste projeto de avaliação latino-americano confirmaram o que os agentes de extensão agrícola há muito tempo haviam descoberto: uma flagrante demonstração é um dos meios mais eficazes de mudança de comportamento. Isto não é difícil em agricultura. Se parte de um campo é plantada e cultivada de acordo com os métodos científicos comprovados, as vantagens em geral tornam-se evidentes em poucos meses. Mas não há maneira comparável de demonstrar a ausência de varíola, coqueluche ou difteria, que as mães camponesas se mostram perfeitamente dispostas a acreditar que, depois de tudo, possa ser que não venham. As pessoas ins-

⁸³Comunicado pelo Dr. Charles J. Erasmus.

truídas interpretam as estatísticas e podem ser convencidas, mas este tipo de lógica não é geral através do mundo. O fato é que os valores da medicina preventiva são quase impossíveis de demonstrar dentro dos limites da própria prática da medicina preventiva. Mas grande parte da medicina curativa dá resultados imediatos e convincentes. Um homem que vê as úlceras da perna causadas por piã desaparecerem como por obra de magia, depois de uma ou duas injeções de penicilina, convence-se que um médico pode fazer coisas maravilhosas.

Uma das coisas que aprendemos nos estudos de avaliação é que a medicina preventiva pode servir-se dos êxitos espetaculares da medicina curativa. Quando tomava parte na avaliação de um programa de saúde na América Latina, notei com surpresa, na cidade de Temuco, Chile, que havia geral cooperação da parte das mães numa campanha de vacinação com BCG contra a tuberculose. Seis meses antes houvera a ameaça de uma grave epidemia de coqueluche. Foram enviadas vacinas por avião, vacinaram-se as crianças, e a epidemia iminente fora sustada rapidamente. As mães contaram-me que isso mostrava que os médicos sabiam o que faziam quando diziam que a vacina evitaria a doença, de modo que, quando os médicos lhes pediram auxílio na campanha da BCG, cooperaram de bom grado.

Muitos programas de desenvolvimento tecnológico importantes, tais como o Programa de Desenvolvimento de Comunidade da Índia, fazem hoje uso de cientistas sociais em trabalho de avaliação a fim de reunir conhecimentos para o planejamento, permitindo projetos cada vez mais bem-sucedidos. Mas muito resta por fazer. Uma das deficiências mais sérias do trabalho de avaliação é que quase não foi empreendido ainda trabalho analítico comparativo de sincretismo cultural. Há um tesouro de experiência enterrado em relatórios oficiais e escondido nas mentes de orientadores que não têm tempo nem preparo para escrever seus conhecimentos para uso de outros. Algumas vezes parece que a dimensão sociocultural da mudança planejada tem que ser descoberta e suas regras elaboradas independentemente para cada novo projeto. Há muito pouco mecanismo para tornar acessível a novo pessoal a sabedoria acumulada de programas anteriores.

De 1916 a 1922, a Fundação Rockefeller levou a efeito uma campanha de combate ao ancilóstomo no Ceilão. A história desse empreendimento pioneiro em ajuda técnica sincrético-cultural foi soberbamente descrita por Jane Philips⁸⁴. Para mim a coisa mais fascinante, e desanimadora, sobre esse programa é que quase todos os problemas enfrentados mais tarde por projetos de saúde pública foram encontrados no Ceilão. Descobriram-se as conseqüências sociais e econômicas de auxílio técnico e elaboraram-se muitas das soluções corretas. Mas enquanto a Dra. Philips não pesquisou os relatórios e falou com participantes do programa não se fez nenhum esforço considerável para tornar essa experiência acessível a todos os orientadores de saúde. Aqui estão algumas espécies de coisas que aprendemos no Ceilão há mais de quarenta anos.

⁸⁴Philips, 1955.

Barreiras para a mudança existem na desconfiança do governo, nos rumores, nos serviços gratuitos, na baixa margem econômica que torna difícil para um cule perder um dia ou dois de trabalho, nas crenças médicas populares em conflito com a medicina moderna, nos conceitos divergentes sobre o papel do curador. Descobriu-se que os serviços preventivos eram pouco compreendidos por pessoas que tinham prementes necessidades curativas e tornou-se evidente a importância de um programa médico (social e econômico) de largo âmbito quando se verificou que as pessoas se irritavam por serem tratadas da opilação e não das úlceras da perna e outros males mais penosos. As concepções errôneas comuns dos orientadores técnicos em questões de cultura foram descobertas quando eles aplicaram seus valores numa sociedade exótica, e os americanos ficaram chocados e contrariados pela falta de gratidão com que eram recebidos seus esforços humanitários.

Por exemplo, um médico identificou-se com os fazendeiros e envolveu-se de tal modo no partidarismo e na luta pelo prestígio, que finalmente renunciou. Alguns dos diretores de campo tentaram expressar a ideia americana de democracia pelo processo de camaradagem de homem para homem, o que foi mal compreendido por gente que estava acostumada com, e esperava um, certo grau de comportamento autoritário de pessoas instruídas. Os americanos verificaram que, por mais cordiais que fossem, em certa medida, sempre eram classificados juntamente com os senhores europeus. Levaram tempo para descobrir que se esperava deles um comportamento digno, temperado com o uso de autoridade.

As lições da natureza integrada da cultura e os processos de mudança de cultura foram difíceis de aprender. Os planejadores do programa tencionavam fazer uma vívida demonstração do método científico que erradicaria o ancilóstomo numa pequena área, e deram assim um exemplo irresistível ao povo para trabalhar cooperativamente na solução de outros problemas de saúde. Só em 1924, perto do fim do programa, reconheceu-se oficialmente que o controle do ancilóstomo tinha de se relacionar intimamente a outro trabalho de saúde, e igualmente com as condições sociais. Quando os cientistas da Fundação *Rockefeller* compreenderam que não podiam erradicar o ancilóstomo em determinada área, por causa de todos os fatores que convergiam para uma única doença, desviaram seus esforços para um programa permanente de controle pelo governo e para os fundamentos do trabalho de saúde rural em geral.

O trabalho subsequente do programa *Rockefeller* foi guiado pelas lições práticas aprendidas no Ceilão e a direção da política foi adaptada a uma crescente percepção da correlação dos problemas de saúde, sociais e econômicos. Mas enquanto a Dra. Philips não fez seu estudo, esta inapreciável experiência não esteve, em geral, acessível como guia para os orientadores de saúde contemporâneos; era conhecida apenas de um número relativamente pequeno de pessoas. Analogamente, as experiências igualmente valiosas dos peritos técnicos atuais continuam, em sua maioria, inexploradas, pela falta de interesse e a ausência de um mecanismo para coligir, avaliar e expor, em forma utilizável, as lições do trabalho internacional contemporâneo.