

O RESPEITO À DIFERENÇA: contribuições da Teoria das Representações Sociais para as políticas de saúde voltadas a populações indígenas

Marlon Neves Bertolani

Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

Izildo Corrêa Leite

Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

O RESPEITO À DIFERENÇA: contribuições da Teoria das Representações Sociais para as políticas de saúde voltadas a populações indígenas

Resumo: Valendo-se de uma pesquisa bibliográfica e documental, este artigo tem por objetivo discutir as principais contribuições que a Teoria das Representações Sociais pode trazer para o estudo de um campo particular da proteção social no Brasil: a Política Nacional de Saúde Indígena. Procura demonstrar que as representações sociais que os diferentes atores sociais ali envolvidos — indígenas e profissionais de saúde — constroem acerca de diversos aspectos dessa questão, relativos a si mesmos e aos “outros”, num contexto marcado por relações interétnicas, podem gerar diferentes impactos sobre a concretização da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), bem como sugerir alguns caminhos alternativos para tal política.

Palavras-chave: saúde indígena, proteção social, representações sociais, relações interétnicas.

THE RESPECT FOR DIVERSITY: contributions of the Theory of Social Representations to health policies towards the indigenous populations

Abstract: Based on a bibliographical and documentary research, this work intends to discuss the main contributions that the Theory of Social Representations may bring to a specific field of social protection in Brazil: the Indigenous Healthcare National Policy. It tries to demonstrate that the social representations created by the social actors involved — indigenous people and health professionals —, regarding the various aspects of this issue, concerning themselves and “others”, in a scenary marked by inter-ethnic relationships, may generate different impacts on the Indigenous Peoples Healthcare National Policy (PNASPI), as well as they may suggest alternative ways for this policy to follow.

Key words: indigenous health, social protection, social representations, inter-ethnic relationships.

Recebido em: 05/05/2009. Aprovado em: 01/07/2009

1 INTRODUÇÃO

O presente artigo tem como objetivo discutir a importância do estudo das representações sociais¹ para um campo particular da proteção social no Brasil: as políticas sociais voltadas à saúde indígena.

Dentre as razões que justificam tal discussão, salientamos que as questões relacionadas aos povos indígenas, quaisquer que sejam elas, transcendem as fronteiras de suas coletividades e afetam sobremaneira — por razões políticas, culturais, históricas e sociais — a construção de uma sociedade democrática e plural. Apesar das pressões em favor de uma homogeneização cultural, nas sociedades contemporâneas tem-se revigorado a afirmação das identidades étnicas e, ao mesmo tempo, ocorre um fluxo maior através de suas fronteiras, o que leva a formas diversas de relação com a alteridade.² O tempo em que, para encontrar o exótico, era preciso cruzar oceanos entrou para a história da Antropologia. Assim, as sociedades plurais demandam análises finas dos processos identificatórios, excludentes, classificatórios e integradores (VÉRAS, 2004).

Antes de ir ao foco da discussão aqui proposta, consideramos pertinente apresentar ao leitor um breve histórico da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), mostrando que tal política vincula-se a um campo da proteção social cuja importância, em nosso país, tem crescido consideravelmente, a reboque das lutas desenvolvidas pelo movimento indígena nessa área, a partir da década de 80 do século passado. Em seguida, fazemos uma breve apresentação da Teoria das Representações Sociais e tratamos da pertinência de sua aplicação a contextos interétnicos. O terceiro passo é discutir os impactos das representações sociais na construção das relações entre indígenas e profissionais de saúde. O artigo encerra-se com o breve balanço que é feito nas Conclusões.

2 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi um marco para a Política Nacional de Saúde Indígena. Sua agenda começou a ser elaborada na I Conferência Nacional de Saúde Indígena, ocorrida no mesmo ano. Ambos os eventos ligam-se a dois movimentos de maior amplitude havidos no bojo da luta pela democratização em nosso país: de um lado, a atuação do movimento indígena, de grande efervescência naquele momento, em torno da garantia de direitos para os índios e do reconhecimento de sua condição étnica peculiar; de outro lado, a mobilização pela conquista da saúde como um direito universal, que contou com ampla participação de segmentos da sociedade civil (COHN, 2002). Os dois movimentos foram contemplados na Constituição Federal de 1988, a qual define a saúde como direito de todos e dever do Estado, em seu

artigo 196; reconhece os índios como sujeitos de direitos, conforme o demonstram seus artigos 231 e 232;³ garantindo-lhes atenção integral e específica na área da saúde.

Buscando intervir no quadro da saúde indígena no País, que beirava o completo abandono, a I Conferência Nacional de Saúde Indígena estabeleceu dois princípios gerais, a saber: a urgência na criação de um subsistema único de saúde, vinculado ao SUS (Sistema Único de Saúde), e o respeito à cultura e às práticas tradicionais de cada grupo indígena (LANGDON, 1999). As discussões realizadas também apontaram para a necessidade de promover a participação dos índios em todas as etapas do processo, quais sejam: elaboração, planejamento, gestão, execução e avaliação das ações e dos serviços de saúde.

A partir da II Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em 1993, entrou em pauta a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs),⁴ para adequar às realidades socioculturais peculiares dos grupos indígenas o atendimento específico que deveriam receber. Essa conferência foi de suma importância para a formatação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI)⁵ e para o movimento dos índios, pois registrou, pela primeira vez, a participação paritária de delegados indígenas e não-indígenas, além de um considerável número de povos indígenas no processo de discussão de propostas que precedeu a realização de tal evento (MARQUES, 2003).

Em 1999, ganhou força no Ministério da Saúde a orientação com vistas a uma política específica de saúde para os índios, o que culminou com a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, balizado nos princípios da descentralização, hierarquização e regionalização, tendo-se instalado 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) no território nacional.

A criação desses distritos representa um avanço na política de saúde indígena, mas o modelo ainda apresenta deficiências, como dificuldades de recrutar pessoal capacitado para trabalhar em um contexto intercultural e ausência de mecanismos eficientes para garantir a participação dos índios na avaliação dos serviços. Quanto à relação dos povos indígenas com o Estado, a criação dos DSEIs pode ser interpretada como um avanço, pois abala a relação tutelar tradicionalmente mantida pela FUNAI (Fundação Nacional do Índio) com tais povos. Aliás, segundo Garnelo (2003), os convênios celebrados para o repasse de verbas públicas às organizações indígenas inauguraram uma nova conjuntura política, marcada pela legitimação, por parte de setores do governo, das lutas étnicas, bem como pela aceitação/formalização do movimento indígena, cuja existência vinha sendo contestada por diversos órgãos, inclusive a própria FUNAI.

É fato que a participação de organizações não-governamentais na esfera da saúde indígena reflete um processo de transferência da responsabilidade

por serviços constitucionalmente atrelados ao Estado e contribui para que a prestação desses serviços seja orientada por uma lógica alheia ao interesse coletivo. Mas, por outro lado, também é imperativo reconhecer que, nos casos em que as organizações indígenas firmaram convênios com a FUNASA, a participação direta na gestão dos serviços de saúde proporcionou ao movimento indígena um fôlego renovado na luta pela utopia da autodeterminação.⁶ Por outro lado, concordamos com Nogueira (2005), para quem a reforma do Estado brasileiro deu-se de forma submissa aos condicionantes do atual modelo capitalista de acumulação e balizou-se na idéia de que era preciso adaptar a economia às exigências da globalização, superando um Estado tido como gigantesco e ineficiente, mediante a cessão de espaço às iniciativas do mercado ou do chamado Terceiro Setor. No entanto, embora perpassada pela influência do “pensamento único”, a reforma foi responsável pela introdução, na agenda política, de novos parâmetros para a gestão pública, calcados na reestruturação do modelo burocrático e na ampliação, em termos formais, do controle social⁷ e da participação (NOGUEIRA, 2005).

Em 2004, a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) assumiu a responsabilidade pela execução das ações de saúde junto aos povos indígenas, até então de competência da FUNAI, e o fez com uma proposta de trabalho pautada na valorização dos saberes e práticas tradicionais, considerando-se as peculiaridades de cada povo como condição essencial para a atenção específica e integral a sua saúde (BRASIL, 2004). Embora estivesse administrativa e tecnicamente despreparada para tanto, à FUNASA coube concretizar uma proposta cujas bases tinham-se estabelecido nas discussões desencadeadas pelas Conferências Nacionais de Saúde Indígena (MOREIRA, 2002).

Em 2005, realizou-se a IV Conferência Nacional de Saúde Indígena, com o tema “Distrito Sanitário Especial Indígena: território de produção de saúde, proteção da vida e valorização das tradições”. Dando prosseguimento às avaliações e ao norteamento da efetivação da agenda da PNASPI, o evento buscou analisar em profundidade as ações na área da saúde indígena. Essa conferência ressaltou o caráter prioritário da abordagem particularizada, o desafio da consolidação da saúde indígena como um direito universal e o avanço proporcionado pelo controle social e pela gestão participativa na compreensão e no exercício da cidadania por parte dos povos indígenas. Por outro lado, considerou-se que os principais obstáculos para consolidar o controle social e a gestão participativa na política de saúde indígena são: a conduta dos gestores que não reconhecem a importância do controle social para a PNASPI, sonogando aos representantes indígenas informações pertinentes para avaliar os programas de saúde e para aplicar recursos financeiros; a

ausência de infra-estrutura para a atuação nas instâncias local, distrital e nacional; a falta de cumprimento das deliberações de tais conselhos pelo órgão gestor (FUNASA, 2006).

Dentre os princípios que estruturam a PNASPI está o reconhecimento da eficácia da medicina praticada pelos índios e o direito desses povos a sua cultura (FUNASA, 2002). O agente indígena de saúde tem papel relevante na efetivação desse princípio, ao atuar como *intermediário* na relação entre os dois sistemas de saúde, buscando facilitar a comunicação entre as equipes de profissionais e a comunidade.⁸

O objetivo de garantir as especificidades étnico-culturais dos povos indígenas põe questões quanto à viabilidade da PNASPI, pois cada uma das mais de 200 etnias existentes tem uma estrutura social que revela particularidades. Assim, uma questão levantada na IV Conferência de Saúde Indígena foi a necessidade de se aprofundar o conhecimento de tais especificidades.⁹

Anos após a I Conferência Nacional de Saúde Indígena, a situação da saúde dos índios continua problemática, em especial no que tange a sua vulnerabilidade frente ao vírus HIV, à ameaça constante de epidemias de tuberculose, à malária e à desnutrição, como o demonstra o documento-base da IV Conferência Nacional de Saúde Indígena. Apesar disso, os últimos censos revelam que a população indígena, contrariando as projeções mais pessimistas — inferidas e disseminadas até mesmo por pensadores clássicos das Ciências Sociais, como Darcy Ribeiro e Florestan Fernandes —, vem registrando um significativo crescimento.

Por outro lado, como buscamos demonstrar, o processo de elaboração da PNASPI foi influenciado, de forma intensa, por um movimento que conquistou para os indígenas a condição de sujeitos de direitos. A participação daquele movimento nas Conferências de Saúde foi decisiva para a implantação de um modelo de gestão da saúde, calcado nas conquistas presentes na Constituição de 1988, quais sejam: responsabilidade federal, respeito às especificidades culturais, universalização e equidade. A implantação de um subsistema de saúde ligado ao Ministério da Saúde, composto por 34 DSEIs dotados de autonomia financeira e administrativa, e o controle social exercido pelos índios marcaram o início de um diálogo que, embora ainda revele considerável assimetria, apresenta-se como mais qualificado e inclinado a atender às demandas de um grupo que, historicamente, tem sido ignorado nos processos decisórios que impactam sua própria existência.

Ao propiciar um modelo de gestão com canais de participação em todas as etapas do processo, a PNASPI significou uma ruptura de paradigmas no campo da política indigenista, trazendo ânimo novo à luta do movimento indígena com vistas a reverter o gravíssimo quadro de mortalidade e morbidade que, ainda hoje, apresenta taxas muito maiores entre os índios do que na sociedade envolvente.

Cabem, a seguir, algumas breves considerações sobre a Teoria das Representações Sociais e sobre a pertinência de seu uso em contextos interétnicos.

3 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E SUA APLICAÇÃO EM CONTEXTOS INTERÉTNICOS

A Teoria das Representações Sociais, cuja formulação original coube a Serge Moscovici, vem passando por um “amplo florescimento”, que

vem ocorrendo em vários aspectos: constantes inovações teóricas e metodológicas, imensa quantidade de pesquisas empíricas realizadas em diversas partes do mundo, presença marcante nas mais diferentes disciplinas que buscam conhecer a realidade social, forte tendência à interdisciplinaridade. (LEITE, 2002, p. 126)

Fomentar a interdisciplinaridade: eis uma das características de tal teoria que melhor expressam a pertinência de sua aplicação a contextos interétnicos — qualidade tão mais relevante num período histórico em que o conhecimento mostra-se cada vez mais especializado e, assim, menos apto para lidar com questões abrangentes, complexas e multifacetadas, que, exatamente por isso, devem ser abordadas à luz de uma perspectiva totalizante.

Em parte, o uso da Teoria das Representações Sociais em diferentes campos do saber tem raízes na própria diversidade de correntes teóricas que influenciaram o pensamento de Moscovici. De acordo com Mora (2002), três aportes teóricos tiveram impacto considerável sobre o pensamento daquele autor: a Etnopsicologia de Wundt, o interacionismo simbólico de Mead e o conceito de representações coletivas formulado por Durkheim.

Cabe abordar aqui, com algum grau de atenção, a *ambivalente* influência durkheimiana sobre o pensamento de Moscovici. De certa forma, isso auxilia-nos a esclarecer melhor para o leitor a própria contribuição que a teoria, em questão, traz para o presente trabalho.

O núcleo dos vínculos entre a teoria formulada por Moscovici e o pensamento de Durkheim reside no conceito de *representações coletivas*, uma peça-chave no “quebra-cabeça” da Sociologia durkheimiana. Durkheim (1999) considera um erro buscar nos indivíduos a explicação dos fenômenos sociais — busca essa baseada em dois pressupostos: **1)** a sociedade existe apenas na medida em que dos indivíduos emanam idéias e necessidades que determinam a formação social e **2)** nas sociedades, há apenas consciências individuais. Se tais pressupostos fossem corretos — argumenta o autor —, a Sociologia não teria contribuições teóricas relevantes a dar, pois estaria

destinada a formulações submetidas às leis gerais da Psicologia. Ainda de acordo com Durkheim (1999), conquanto a sociedade seja constituída da soma dos indivíduos, dessa junção resulta *algo maior*, que se traduz no conceito de *consciência coletiva*, uma “categoria ontológica” que resulta em um “*todo maior do que as partes*”.

Segundo o autor, a consciência coletiva exerce *coerção* sobre as consciências individuais: não é nestas que se deve buscar a explicação daquela. As manifestações concretas da consciência coletiva são as *representações coletivas*, que

[...] são o produto de uma imensa cooperação, que se estende não apenas no espaço, mas no tempo; para fazê-las, uma multidão de espíritos diversos associaram, misturaram, combinaram suas idéias e sentimentos; longas séries de gerações acumularam aqui sua experiência e saber. (DURKHEIM, 1978, p. 216)

Conforme Sá (1995, p. 21), as representações coletivas caracterizam-se basicamente pela autonomia, pela exterioridade e pela coercitividade em relação ao pensamento e ao comportamento do indivíduo.

Apesar da influência considerável dessa categoria durkheimiana no pensamento de Moscovici, identificar em tal influência uma transposição mecânica é um grave erro. A *substituição* feita por Moscovici, da expressão “representações coletivas” por “representações sociais” não se deve a uma questão estilística, mas a uma necessidade de marcar *posição contrária* ao conteúdo do conceito em sua versão original (SÁ, 1995; OLIVEIRA, 2004). Aliás, como afirmam Guareschi e Jovchelovitch (1995, p. 19),

[...] Moscovici pensou com Durkheim e contra ele, dando-se conta de que na sociologia durkheimiana havia o perigo implícito de esquecer que a força do que é coletivo [...] encontra sua mobilidade na dinâmica do social, que é consensual, é reificado, mas abre-se permanentemente para os esforços dos sujeitos sociais, que o desafiavam e se necessário o modificavam.

Isso porque, para Moscovici, as representações não têm uma existência própria, desvinculada das estruturas sociais e cognitivas em que se inserem e dos sujeitos que aí se encontram. Variam segundo as especificidades do *ser social* dos grupos que as constroem. Considerar que as representações são sociovariáveis significa reconhecer que a sociedade, em seu conjunto, não possui uma moral única ou, mesmo, formas homogêneas de pensar, agir e sentir. Por isso, é comum que se constituam

representações diversas de um mesmo objeto, em função de diferenças existentes entre vários segmentos da sociedade e, em alguns casos, para responder às demandas dos grupos por diferenciação. Isso parece-nos tanto mais relevante quando estamos em presença de *relações interétnicas*: não é difícil entender por que os grupos sociais aí em contato elaboram, em referência aos mesmos objetos, *representações diferentes entre si*.¹⁰

É fato que, na formulação original da teoria fundada por Moscovici, as representações sociais são os saberes próprios do senso comum das sociedades contemporâneas, as quais são fortemente marcadas pela fluidez; pela acentuada presença dos meios de comunicação de massa; pela apropriação e reelaboração, no âmbito do senso comum, de objetos formulados primeiramente no mundo acadêmico; pela ampla diversidade de ambientes sociais (MOSCOVICI, apud SÁ, 1995, p. 22; Leite, 2002, p. 127). Mas, como bem o demonstrou Arruda (2002a, p. 41 e 44), “O estudo das representações [sociais] [...] mostrou aplicar-se para além das sociedades complexas [...]”, pois os “mecanismos de elaboração e organização” desse tipo de saber “não caracterizam somente o pensamento das sociedades ditas complexas, atuais.”

Mora (2002), por sua vez, levanta pontos importantes para compreender as representações sociais especialmente em contextos interculturais. Afirmar que elas atendem a demandas como: compreender acontecimentos complexos e dolorosos; justificar ações cometidas contra outros grupos; reafirmar diferenças quando elas parecem ter sido esquecidas.

Afirmamos, há pouco, que a teoria fundada por Moscovici volta sua atenção para o senso comum, um tipo de conhecimento usualmente desqualificado ou, pelo menos, pouco valorizado por certos segmentos da academia. Estudar essa modalidade de saber permite compreender formas alternativas de conhecimento, contrárias àquela/diversa daquela que o pensamento ocidental desenvolveu na esteira do racionalismo cartesiano, profundamente marcada por dicotomias como: sujeito/objeto, indivíduo/sociedade, natureza/cultura etc. Ademais, o uso da Teoria das Representações Sociais possibilita *entender a própria medicina ocidental como objeto de representação*, embora isso seja dificultado por uma tendência à naturalização e à produção do seu discurso como uma verdade tida, amiúde, como inquestionável.

Quanto ao par indivíduo/sociedade, Moscovici refuta a primazia da sociedade sobre o indivíduo no processo de construção do conhecimento, atribuindo ao segundo um *papel ativo*. A explicação, nesse caso, não se vai apoiar num ou noutro polo, mas na tensão entre ambos, pois uma representação social expressa características tanto *do objeto* a que ela se refere como, também, *do sujeito* que representa.

Para Leite (2002, p. 134), “[...] o fato de os conteúdos das representações sociais trazerem em si *atributos do sujeito* é de suma importância. Demonstra, com toda nitidez, que elas *não são meros reflexos passivos do exterior* na mente desse sujeito.”

Isso ocorre porque, quando os sujeitos *constroem* representações de aspectos da realidade em que vivem, fazem-no a partir de seu *ser social*, dos *paradigmas prévios* que trazem consigo: a posição que ocupam na sociedade, seus valores culturais e ideológicos, suas histórias de vida, seus conhecimentos anteriores sobre diferentes facetas da vida em sociedade, seus afetos em relação aos diversos elementos da realidade etc. Na verdade, as representações sociais respondem à necessidade que temos de transformar o *estranho* (aquilo que é novo para nós) em *familiar* (SÁ, 1995; MOSCOVICI, 1978; LEITE, 2002) — transformação que se faz mediante uma atividade cognitiva que *integra aquilo que será representado a uma rede de significados preexistentes* (LEITE, 2002).

Por outro lado, a Teoria das Representações Sociais possibilita entender “o pensamento social em sua dinâmica e diversidade” (ARRUDA, 2002b). Para dar conta dessa diversidade, são apontados dois tipos de universos de pensamento coexistentes nas sociedades contemporâneas: os *universos consensuais* e os *universos reificados* (SÁ, 1995, p. 28). Segundo Arruda (2002b), os primeiros constituem-se nas conversas informais, nas quais as opiniões, palpites e impressões são manifestadas pelos curiosos e “amadores”, com cumplicidade e igualdade, como se todos tivessem a mesma competência. Já os universos reificados fazem-se presentes no campo da ciência, no mundo acadêmico. Aqui, o diálogo desenvolve-se segundo uma hierarquia marcada pela primazia do *expert* em determinada área do conhecimento. Ainda de acordo com Arruda (2002b), as representações sociais constroem-se mais amiúde nos universos consensuais, embora os dois universos não sejam estanques e separados, sobretudo se considerarmos as sociedades contemporâneas, nas quais, como já afirmamos, é comum que objetos originalmente próprios do saber científico passem a ser representados — e remodelados — no âmbito do senso comum.

Julgamos pertinente acrescentar que, em casos específicos, podem-se formar, no interior dos universos reificados, universos consensuais, que darão origem a representações sociais balizadas na visão de mundo construída, em parte, nos próprios espaços científicos. É o caso das representações sociais próprias de alguns profissionais da saúde, nas quais a incidência de certas patologias que acometem os índios é associada ao modo de vida destes, tido como propagador de doenças. O mesmo ocorreu entre os médicos higienistas que problematizaram a favela pouco depois da Proclamação da República, originando uma leitura que, balizada na

consideração de que os barracos amontoados não permitiam a passagem do ar e da luz, via aquele tipo de habitação como “doença social” (VALLADARES, 2000). Outro exemplo, agora envolvendo relações interétnicas, é dado pela análise que Joffe (1995) faz das representações sociais transculturais da Aids. A autora mostra que as representações desse mal na cultura ocidental, marcadas pela presença do laço entre grupos estranhos, aberração e doença, tiveram suas sementes fornecidas por representações médicas e midiáticas.

Creemos que todo o exposto permite afirmar, com o devido respaldo acadêmico, a pertinência do uso da Teoria das Representações Sociais na análise de contextos interétnicos. Em nosso caso particular, ela pode contribuir, de forma muito rica: 1^o) para uma compreensão apropriada das relações entre os profissionais de saúde e os índios — relações mediadas, em larga medida, pelas representações sociais que cada uma dessas categorias de sujeitos tem a respeito de si mesma e dos “outros”; 2^o) com base naquela compreensão, para um melhor entendimento do modo pelo qual as políticas sociais na área da saúde indígena vêm sendo implementadas; 3^o) para a possível elaboração de propostas alternativas nesse campo.

4 OS IMPACTOS DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NA CONSTRUÇÃO DAS RELAÇÕES ENTRE OS ÍNDIOS E OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Além do que já apresentamos sobre a importância de conhecer as representações sociais construídas pelos atores inseridos no campo das políticas de saúde voltadas para os índios, aquela relevância funda-se, também, no fato de que uma representação é uma “preparação para a ação” (MOSCOVICI, 1978, p. 50): ela não apenas expressa aspectos do conjunto material e simbólico da realidade, mas, também, impacta, de forma dialética, essa mesma realidade.

O já citado estudo feito por Joffe (1995) sobre representações sociais da Aids ilustra como essa forma de conhecimento afeta a realidade: a construção do “outro” como “aberração” permite sua dominação e legitima sua discriminação. Ao internalizar tais representações — referimo-nos, aqui, ao que Jodelet (2002, p. 65) chama “aprendizagem da discriminação” —, os membros dos grupos marginalizados e/ou subalternos sofrem efeitos negativos em suas identidades.

Langdon (1999), por seu turno, analisando a PNASPI, identifica algumas questões que dificultam um efetivo respeito às especificidades culturais dos índios e o devido reconhecimento de seus saberes. A autora destaca, por parte dos profissionais de saúde, a ausência de respeito nas relações cotidianas, marcadas por manifestações de preconceitos contra os índios. Para superar esse obstáculo, propõe que os profissionais compreendam

a importância de reconhecer o sistema indígena de saúde como parte de um sistema simbólico composto de valores, representações e significados inter-relacionados. Mas o maior obstáculo a ser superado consiste na dificuldade em relativizar nossa medicina e observá-la como um, entre vários sistemas culturais. Langdon (1999) não pretende negar a eficiência atingida pela biomedicina no tratamento de certas doenças e sintomas físicos, mas ressaltar a eficácia do sistema indígena tanto para o tratamento de doenças — que não se resumem à relação biológico/corporal — quanto para situá-las no *quadro de significações* estabelecido pelo grupo. A autora ressalta a possibilidade de entendermos a biomedicina e o sistema de saúde indígena como complementares: a primeira, atuando nos processos biológicos do corpo; o segundo, encarregando-se de explicar o porquê da doença. Isso implicaria desafios, como pensar a *formação dos profissionais* atuantes (pois, embora o problema não se restrinja a essa esfera, é o centro do debate, hoje, na área da saúde como um todo), o intercruzamento destes múltiplos conhecimentos etc.

Compreender o saber indígena e a medicina ocidental como sistemas culturais que precisam ser *interpretados* pelos integrantes dos grupos em contato — eis algo fundamental para demonstrar, no contexto das relações entre os profissionais de saúde e os indígenas, a importância das representações elaboradas por esses sujeitos. Podemos compreendê-la melhor considerando que as representações existentes entre os indígenas acerca dos serviços e das terapias utilizadas pelos profissionais de saúde constroem-se com base em seus paradigmas prévios e revelam, simultaneamente, a presença de conteúdos estáveis e conteúdos dinâmicos. Ou seja: elas são socialmente estruturadas na relação com os contextos sociais de curto ou longo alcance histórico (SPINK, 1993).

Assim, para demonstrar como os Baniwa representam as práticas da medicina ocidental, tomando como base o pensamento mítico, Garnelo e Wright (2001) associaram a reivindicação de exames periódicos de sangue e fígado à existência do *mánheme*, uma doença indígena provocada por envenenamento e cuja origem remonta aos tempos imemoriais da explicação mítica. Outro exemplo empírico de que as representações sociais podem revelar a presença de conteúdos estáveis e dinâmicos é dado por um estudo etnográfico feito por Bertolani (2005) entre os Guaranis, no município de Aracruz (ES): eles distinguem as doenças do índio, cuja cura é um processo de elementos imbricados e fornecidos pela própria cultura (conteúdos estáveis), e as doenças do *juruá* (o não-índio), que devem ser tratadas com remédios da medicina ocidental (conteúdos dinâmicos). Como diz Toninho, cacique da aldeia Boa Esperança, no município citado, “[...] *se procurar apenas a medicina farmacêutica, eu posso ficar curado ou controlado*”

(BERTOLANI, 2005). Isso mostra que, nas representações Guaranis, a medicina ocidental é eficaz no combate aos sintomas, permanecendo as causas, a serem curadas pelos meios fornecidos pela própria cultura do índio. São frequentes, em suas reclamações, relatos de ocasiões em que, ao levarem os filhos ao médico, este não consegue identificar o problema e, já de volta para casa, as crianças, à noite, continuam se queixando por causa dos espíritos do mal — e, então, “só quem cura é o xamã”.

Por sua vez, as representações do sistema de saúde e da cultura indígenas construídas pelos profissionais de saúde também estruturam-se segundo contextos históricos de curto e longo alcance, e podem derivar tanto dos universos consensuais (campo dos “curiosos”, dos “amadores”) quanto dos universos reificados (campo dos especialistas). Tomando como exemplo o caso dos Guaranis, no Espírito Santo, cremos não ser precipitado inferir que as representações sociais do sistema de saúde e da cultura indígenas presentes entre tais profissionais podem ser ancoradas, quer em estereótipos disseminados durante mais de quinhentos anos de contato, quer em concepções ideológicas mais recentes, como aquela que estabelece sumariamente que os índios perderam a sua cultura — ou seja, já não seriam mais índios —, o que é propagado sem qualquer ingenuidade pela Empresa Aracruz Celulose, em função de seu interesse nas terras indígenas (BERTOLANI, 2008).

No campo das políticas de saúde indígena, é consenso entre os autores que a falta de preparo dos profissionais para atuar em contextos que envolvem relações interculturais constitui um dos principais entraves para que se efetive um atendimento específico à saúde do índio.¹¹ O despreparo dos profissionais para lidar com a alteridade¹² apresenta reflexos imediatos em sua relação com os índios e pode ser observado, entre os Guaranis, mediante comentários sobre atitudes discriminatórias, só igualadas em situações de etnocídio.¹³

Os problemas ligados à qualificação dos profissionais têm influência direta sobre a organização dos serviços de saúde. Sua formação, balizada em procedimentos de intervenção — que, em muitos casos, implicam mudança de comportamento —, dificulta o diálogo entre a medicina ocidental e o sistema de saúde indígena, bem como a compreensão, pelos profissionais, da importância da participação dos índios na atenção à saúde. O desconhecimento das concepções indígenas de saúde e doença que interferem no modelo de assistência já preconizado inviabiliza a adaptação desse modelo e prejudica a organização dos serviços de saúde (ATHIAS; MACHADO, 2001).

Atitudes discriminatórias, ao lado do desconhecimento das representações indígenas de saúde e doença, são balizadas numa forma específica que a sociedade ocidental tem de lidar

com a alteridade. Essa relação funda-se numa visão *etnocêntrica* — determinada *a priori* pela cultura na qual o observador se insere — que busca definir os modos de pensar, agir e sentir *do outro* a partir do que Sarti (2005, p. 36) denomina “pressuposto da falta”. Nessa linha, os sistemas políticos das sociedades indígenas foram definidos a partir da *ausência do Estado*; as sociedades indígenas, entendidas como *sem história*, pela *falta de escrita*; os sistemas econômicos dos índios, tidos como inexistentes, pela *falta de excedente*; e os saberes indígenas, caracterizados pela suposta *ausência de pensamento lógico*.

Mesmo após Lévi-Strauss (2002) ter demonstrado que o pensamento indígena é dirigido por uma lógica tão complexa quanto a que serve de orientação para a ciência ocidental moderna — e depois de o evolucionismo ter perdido, há muito, a condição de paradigma hegemônico na Antropologia —, ainda persiste o entendimento dos sistemas de cura indígenas como resquícios de um pensamento mágico e anterior ao desenvolvimento da racionalidade científica. É assim que ganha destaque o já mencionado “pressuposto da falta”, o realce da *negatividade*: destaca-se aquilo que os índios *não* pensam, *não* sentem e *não* fazem, e perde-se a possibilidade de entender as nuances que definem a sua *positividade concreta*,¹⁴ ou seja, os modos pelos quais os índios *efetivamente* pensam, sentem e fazem.

Na base desse modo de pensar os índios, marcado por “imagens em negativo”, fazem-se presentes *características do sujeito que os representa*: *ênfasis a falta* expressa um modo de olhar “o outro” que tem como ponto de partida características do próprio “eu”/“nós”. Temos, aqui, o processo que, na Teoria das Representações Sociais, é chamado *focalização*: por meio dele, “[...] cada indivíduo ou grupo dá maior ou menor atenção a tal ou qual aspecto de um objeto segundo sua distância, seu envolvimento com ele”; recorta-o, dando “relevo aos pontos que estão em conformidade com suas preocupações.” (ARRUDA, 1995, p. 249).

Pode-se mesmo dizer que, para compreender relações como aquelas que estamos tratando, cabe o conceito de *alteridade radical*, usado por Jodelet (2002)¹⁵ para tratar de relações perpassadas por práticas como diversas formas de violência, desprezo, intolerância, humilhação e exclusão, e que expressam uma hierarquização em termos de valor físico e simbólico.

É imperativo que os profissionais que atuam no campo da proteção social aqui abordado, compreendam que, para os indígenas, a saúde não é um domínio separado das outras esferas sociais: não é possível compreendê-la como algo exterior à economia, à política, à cosmologia e às questões relacionadas ao ambiente. Entre os índios, a saúde, como qualquer outro campo da vida social, deve ser compreendida como um *fato social total* (MAUSS, 1974), como um fenômeno que engloba aspectos

biológicos, econômicos, jurídicos, históricos, religiosos e estéticos numa mesma realidade, a qual deve ser aprendida em suas diversas conexões internas. Assim, as representações da medicina ocidental, elaboradas pelos índios, mostram que a relação entre eles e os profissionais de saúde não se assenta apenas na necessidade de usar terapias biológico-corporais, próprias de tal medicina, mas respondem, também, a demandas desse grupo — entre as quais, no contexto das relações interétnicas, inclui-se a *demanda pelo direito à diferença*.

5 CONCLUSÃO

A relevância das representações sociais no campo da proteção social aqui abordado, baliza-se nos seguintes eixos: 1^º) as representações sociais são uma “preparação para a ação” e, portanto, afetam o modelo de prestação de serviços de saúde às populações indígenas; 2^º) considerando que o contexto em que são construídas tais representações é marcado por relações interétnicas, estas podem refletir a demanda dos índios de *reafirmar as fronteiras* que demarcam os limites do contato com a sociedade envolvente; 3^º) os modos pelos quais os índios representam a medicina ocidental, refletem um processo de *familiarização* que busca estabelecer a conexão entre as práticas da biomedicina e o sistema cultural do próprio grupo; 4^º) o elevado grau em que os profissionais de saúde desconhecem as representações indígenas, em conjunto com suas *próprias* representações da cultura e da saúde indígenas e com o modo pelo qual entendem que os índios representam a saúde — tudo isso pode produzir ou fomentar tensões prejudiciais à eficácia dos serviços prestados.

Considerando-se que, “ao falarmos em políticas sociais, tratamos de ações fundamentadas em escolhas baseadas nos valores assumidos, de forma explícita ou implícita, por quem trabalha nessa área, seja na formulação de tais políticas, seja em sua execução” (LEITE, 2008, p. 80-81) —, entendemos que o uso da Teoria das Representações Sociais não apenas afigura-se como importante facilitador das relações que envolvem profissionais de saúde e indígenas. Aquele uso é, também, de grande relevância para a permanente avaliação dos serviços de saúde prestados às populações indígenas, bem como para fornecer indicadores que poderão ser utilizados na (re)formulação e no aprimoramento de projetos destinados a responder às demandas daquelas populações, engajadas na luta pelo direito à cidadania e pelo respeito à diferença.

Por fim, cabe lembrar que as representações sociais orientam ações e, são marcadas pela dinâmica, o que faz com que seu estudo possa contribuir, de modo considerável, para a construção de relações balizadas no reconhecimento da diferença e na compreensão mútua.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, Angela. Ecologia e desenvolvimento: representações de especialistas em formação. In: SPINK, Mary Jane Paris (Org.). **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da Psicologia Social. São Paulo: Brasiliense, 1995. Parte I, capítulo 4, p. 234-265.

_____. O ambiente natural e seus habitantes no imaginário brasileiro: negociando a diferença. In: ____ (Org.). **Representando a alteridade**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002a. cap. 1, p. 17-46.

_____. Teoria das Representações Sociais e Teoria de Gênero. **Cadernos de Pesquisa**, Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, n. 117, p. 127-147, nov. 2002b.

ATHIAS, Renato; MACHADO, Marina. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, v. 17, n. 2, p. 425-431, mar/abr. 2001.

BERTOLANI, Marlon Neves. **Ambiente, saúde e desenvolvimento entre os Guarani no Espírito Santo**. 2005. Monografia (Graduação em Ciências Sociais). Centro de Ciências Humanas e Naturais. Universidade Federal do Espírito Santo.

_____. **Representações sociais da saúde e políticas de saúde voltadas a populações indígenas**: uma análise da relação entre o sistema de saúde Guarani e a biomedicina. 2008. Dissertação (Mestrado em Política Social) — Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas. Universidade Federal do Espírito Santo.

BRASIL. Decreto nº 5.051, de 19 de abril de 2004. Promulga a Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho – OIT sobre Povos Indígenas e Tribais. Disponível em: <http://ccr6:pgr.mpf.gov.br>. Acesso em: 20 de jan. de 2007.

CICCARONE, Celeste. **Drama e sensibilidade**: migração, xamanismo e mulheres Guarani-mbya. 2001. Tese (Doutorado em Antropologia) — Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

COELHO, Elizabeth Maria Beserra. **Saúde indigenista no Brasil**: mobilização e participação indígena. Brasil. [s.d.]. Disponível em: <http://www.alasru.org/cd/alasru2006/25%20GT%20Elizabeth%20Coelho.pdf>. Acesso em: 20 de jan. 2007.

COHN, Amélia. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAUREL, Asa Cristina (Org). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002. p. 225-244.

CRUZ, Katiane Ribeiro da. **Povos indígenas e a política de saúde no Brasil: o específico e o diferenciado como desafios**. 2003. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas). Universidade Federal do Maranhão.

DURKHEIM, Émile. **As regras do método sociológico**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. As formas elementares da vida religiosa. In: _____. **Da divisão do trabalho social; As regras do método sociológico; O suicídio; As formas elementares da vida religiosa**. São Paulo: Abril Cultura, 1978. (Os Pensadores)

FUNASA. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br>. Acesso em: 08 dez. 2006.

_____. **IV Conferência Nacional de Saúde Indígena – Caldas Novas - 2006**. Goiás: Funasa/Ministério da Saúde, 2006. (Caderno de Documentos).

GARNELO, Luiza. **Poder, hierarquia e reciprocidade: saúde e harmonia entre os Baniwa do Alto Rio Negro**. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2003.

_____; SAMPAIO, Sully. Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de “fazer ver” e “fazer crer” nas políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, v. 21, n. 4, p. 1217-1223, jul./ago. 2005.

_____; WRIGHT, Robin. Doença, cura e serviços de saúde. Representações, práticas e demandas Baniwa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, v. 17, n. 2, p. 273-284, mar.-abr. 2001.

GUARESCHI, Pedrinho; JOVCHELOVITCH, Sandra. Introdução. In: ____; ____ (Orgs.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995. p. 17-25.

JODELET, Denise. A alteridade como produto e processo psicossocial. In: ARRUDA, Angela (Org.). **Representando a alteridade**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. p. 47-67.

_____. Representações sociais: um domínio em expansão. In: ____ (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001, p. 17-44.

JOFFE, Hélène. “Eu não”, “o meu grupo não”: representações sociais transculturais da AIDS. In: GUARESCHI, Pedrinho; JOVCHELOVITCH, Sandra (Orgs.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995. p. 297-322.

LANGDON, Ester Jean. **Saúde e povos Indígenas: os desafios na virada do século**. Trabalho apresentado no V Congresso Latinoamericano de Ciências Sociales y Medicina, Isla de Margarida, Venezuela, 1999. Disponível em: www.cfh.ufsc.br/~nessi/margsav.htm#_ftn1. Acesso em: 18 jan. 2007.

LAPLANTINE, Francois. **Aprender Antropologia**. São Paulo: Brasiliense, 1996.

LEITE, Izildo Corrêa. A Teoria das Representações Sociais e sua contribuição para a análise dos dados primários. In: _____. **Desconhecimento, piedade e distância: representações da miséria e dos miseráveis em segmentos sociais não atingidos pela pobreza**. 2002. Tese (Doutorado em Sociologia) — Faculdade de Ciências e Letras (Campus de Araraquara). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Cap. 2, p. 123-38.

_____. Novos olhares, novos lugares: por uma política social de combate à pobreza condizente com a construção da cidadania. **Convergencia — Revista de Ciências Sociais**. Toluca (México), Universidad Autónoma del Estado de México, v. 15, n. 47, p. 73-100, mayo/ago 2008.

LÉVI-STRAUSS, Claude. **O pensamento selvagem**. 3. ed. Campinas, SP: Papirus, 2002.

MARQUES, Irânia Maria da Silva Ferreira. **A política de atenção à saúde indígena: implementação do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá – Mato Grosso**. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) — Escola Nacional de Medicina. Fundação Oswaldo Cruz.

MAUSS, Marcel. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: EDUSP, 1974. Vol. II.

MORA, Martin. **La Teoría de las Representaciones Sociales de Serge Moscovici**. Athenea Digital, n. 2, otoño de 2002.

MOREIRA, Ubiratan Pedrosa. A FUNASA e a implementação de Distritos Sanitários Especiais Indígenas. In: LIMA, Antonio Carlos de Souza; BARROSO-HOFFMANN, Maria (Orgs.). **Estados e povos indígenas: bases para uma nova política indigenista II**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/LACED, 2002. p. 101-106.

MOSCOVICI, Serge. **A representação social da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. (Psyché)

NOGUEIRA, Marco Aurélio. **Um Estado para a sociedade civil: temas éticos e políticos da gestão democrática**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

OLIVEIRA, Márcio Sérgio Batista Silveira de. Representações sociais e sociedades: a contribuição de Serge Moscovici. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 19, n. 55, 2004.

RAICHELIS, Raquel. **Esfera pública e os Conselhos de Assistência Social: caminhos da construção democrática**. São Paulo: Cortez, 1998.

SÁ, Celso Pereira de. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, Mary Jane Paris (Org.). **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da Psicologia Social**. São Paulo: Brasiliense, 1995. Parte I, capítulo 1, p.19-45.

SARTI, Cynthia Andersen. **A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

SPINK, Mary Jane Paris. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, v. 9, n. 3, p. 300-308, jul./set. 1993.

VALLADARES, Lícia. A gênese da favela carioca: a produção anterior às Ciências Sociais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 15, n. 44, p. 5-34, set. 2000.

VÉRAS, Maura Pardini Bicudo. **Por uma Sociologia da alteridade: estranhos e estrangeiros em São Paulo**. In: BERNARDO, Teresinha; TÓTORA, Silvana (Orgs.). **Ciências Sociais na atualidade: percursos e desafios**. São Paulo: Cortez, 2004. p. 153-172.

NOTAS

1 Trabalhamos aqui com o conceito de representação social tal como se faz presente na teoria cuja formulação original coube a Moscovici (1978). É adequada para nossos propósitos a caracterização de representação social apresentada por Jodelet (2001, p. 22): “[...] é uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Igualmente designada como saber do senso comum ou ainda saber ingênuo, natural, esta forma conhecimento é diferenciada, entre outras, do conhecimento científico.”

2 Segundo Jodelet (2002), a alteridade convoca as noções de identidade e pluralidade.

3 “São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens.” “Os índios, suas comunidades e organizações são partes legítimas para ingressar em juízo em defesa de seus direitos e interesses, intervindo o Ministério Público em todos os atos do processo.” (Artigos 231 e 232 da Constituição Federal)

4 Eis a definição de DSEI presente na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI): “[...] um modelo de organização de serviços, orientado para um espaço étnico-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social.” (FUNASA, 2002, p.19)

5 A PNASPI é regulamentada pelo Decreto nº 3.156, de 27/08/1999, pela Medida Provisória nº-1911-8 e pela lei nº-9.836/99, de 23/09/1999, tendo sido aprovada pela Portaria MS nº-254, de 31/01/2002.

6 Garnelo e Sampaio (2005) observam que a busca pelo *protagonismo político* levou algumas lideranças indígenas a arcarem com o risco de converter *organizações militantes*, voltadas para a reivindicação de direitos, em *organizações profissionais*.

7 A expressão “controle social” consta da Constituição Federal de 1988 e diz respeito à participação organizada da sociedade civil na fiscalização das ações do Estado no campo das políticas sociais. Refere-se, também, à participação da sociedade civil na formulação e na implementação dessas políticas (RAICHELIS, 1998), o que, em princípio, contribui para o aprofundamento da cidadania.

8 A PNASPI estabelece: “A formação e a capacitação de indígenas como agentes de saúde é uma estratégia que visa favorecer a apropriação, pelos povos indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, não de modo a substituir, mas de somar ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não.” (FUNASA, 2002, p. 15)

9 Alguns autores que avaliam a Política Nacional de Saúde Indígena a partir da variável “cultura” (CRUZ, 2003; COELHO, 2006) têm apontado a existência de uma contradição presente na política indigenista brasileira, qual seja: reconhecer as especificidades culturais dos índios no bojo da elaboração de uma Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, mas, ao mesmo tempo, balizá-la a partir dos *mesmos* princípios estabelecidos pela Política Nacional de Saúde. Isso comprova que houve uma sobreposição de modelos, realizada sem que as questões relativas às especificidades étnico-culturais dos povos indígenas fossem pensadas de antemão.

- 10 Arruda (2002b) considera que a representação social é um “modo de conhecimento sociocêntrico” e que a *defasagem* entre o objeto e sua representação deve ser atribuída à presença de características culturais do grupo.
- 11 Sobre o mencionado consenso, podem ser consultados: Garnelo (2003); Athias; Machado (2001); Ciccarone (2001).
- 12 Usamos, aqui, o termo “alteridade” para fazer referência ao *outro essencialmente diferente de mim*, numa perspectiva de *respeito à diferença*— diferença que, segundo Laplantine (1996), não foi pensada pela filosofia social clássica, a qual, amiúde, buscou reduzi-la com toda a boa fé do mundo.
- 13 Ciccaroni (2001, p. 58) cita um desses comentários: *“Ah, eu não vou levar lá, não, porque chega lá, aquela doutora fala que a gente deixa as crianças no chão, e que os cachorros entram dentro de casa, que a gente é tudo um bando de porcos, e não sei o quê. Para passar vergonha, eu não vou.”*
- 14 Sobre a idéia de *positividade concreta*, ver Sarti (2005, p. 36).
- 15 A noção de alteridade radical aplica-se aos “casos em que, num contexto plural, é colocada uma distância radical em relação a uma identidade.” (JODELET, 2002, p. 51) Ainda segundo a autora, é nos “modelos do racismo” que “a colocação em situação de alteridade [radical] toma suas formas mais extremas e alienantes.” (JODELET, 2002, p. 53).

Marlon Neves Bertolani

Graduado em Ciências Sociais e Mestre em Política Social pela Universidade Federal do Espírito Santo
E-mail: marlonbertolani@hotmail.com.

Izildo Corrêa Leite

Doutor em Sociologia (UNESP/Campus de Araraquara), Mestre em Sociologia (Unicamp) e Professor do Departamento de Ciências Sociais, do Programas de Pós-Graduação em Política Social e do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal do Espírito Santo.
E-mail: raiz.vix@uol.com.br

Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

Av. Fernando Ferrari – 514, Goiabeiras
CEP: 29060-410
Goiabeiras Vitória - ES