

# Aprendendo com Ensino em Saúde, Epidemias Locais e Emergências Globais: Entrevista com Russell Parry Scott

Carolina Barbosa de Albuquerque<sup>1</sup>

Igor Holanda Vaz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, Brasil

<sup>2</sup>Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil

## Resumo

Na presente entrevista realizada com o Dr. Russell Parry Scott, professor aposentado pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia (PPGA) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), tomamos como tema central o desenvolvimento da antropologia da saúde brasileira, discutindo, em retrospectiva, a importância das pesquisas que foram conduzidas por Scott, mas também seu entendimento sobre o futuro das pesquisas em saúde na antropologia, os impactos sociais e metodológicos resultantes da pandemia de Covid-19, e o que podemos aprender sobre as pessoas e as doenças que surgem em contextos de epidemias locais, tal como o caso do vírus Zika em Recife.

**Palavras-chave:** Covid-19; Antropologia da Saúde; Zika; Epidemias.

## Health Education, Local Epidemics and Global Emergencies: interview with Russell Parry Scott

## Abstract

For the present interview with Dr. Parry Russell Scott, retired professor at the Postgraduate Program of Anthropology from the Federal University of Pernambuco, we took as our main goal to understand the development of Brazilian health anthropology, discussing in hindsight over the importance of the research projects that Scott has conducted in his career, but also his understanding on the future for health research in anthropology, the social and methodological impacts of the Covid-19 pandemic, and what can we learn about people and diseases that arise in local epidemic contexts, such as the case for the Zika virus in Recife.

**Keywords:** Covid-19; Health Anthropology; Zika; Epidemics

Recebido em: 31/01/2024

Aceito em: 07/02/2024



Este trabalho está licenciado sob CC BY-NC-SA 4.0. Para visualizar uma cópia desta licença, visite <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

## 1 Introdução

O professor Russel Parry Scott é certamente uma referência para a antropologia contemporânea, especialmente na produção do/no Brasil. Scott nasceu em Baltimore, Maryland, nos Estados Unidos, filho de um ginecologista – formado na Johns Hopkins, e de uma artista plástica. Scott graduou-se pela Hamilton College (1971) e obteve os títulos de mestre (1973) e doutor (1981) pela University of Texas at Austin. No íterim da graduação e da pós-graduação, ele foi influenciado pela antropologia e a sociologia, então, veio para o Brasil pesquisar sobre esferas de poder e de desenvolvimento na Zona da Mata de Pernambuco. Atualmente, reside em Recife-PE, onde também atua como professor titular aposentado no Departamento de Antropologia e Museologia da Universidade Federal de Pernambuco.

A produção de conhecimento de Scott se encontra nas áreas dos estudos sobre ruralidades, urbanidades, desenvolvimento, poder, organização doméstica, políticas públicas, Estado, deficiência, gênero, família, saúde, saúde reprodutiva, migrações, comunidades desfavorecidas, ensino, pesquisa, elaboração de teoria em antropologias nacionais. Nos últimos anos, ele tem dedicado bastante atenção aos efeitos da epidemia da Zika em diferentes frentes sociais.

Esperamos que esta entrevista seja um registro do nosso respeito e aprendizado para com o professor Parry Scott e, também, um convite para conhecer mais sobre modalidades do fazer antropológico, ensino e para pensar a antropologia fora do seu casulo, especialmente na interface com a Antropologia da Saúde.

**Entrevistadores – O senhor inicia a sua trajetória na Antropologia Brasileira pesquisando essas disputas entre as relações de camponeses e de fazendeiros na zona rural nordestina. E dessa experiência, você relata ter tido o primeiro contato com o tema da saúde, no modo como grande parte dos problemas da região eram problemas de saúde. Como é pesquisar o universo rural nesse contexto?**

**Scott** – Bom, vou em duas direções. A primeira direção é que na área rural, problemas de saúde são muito graves, e o sistema de saúde tem uma extraordinária dificuldade para chegar nessas áreas, porque a pessoa que investe em conseguir ser profissional de saúde, ela quase sempre prefere a cidade dita grande e as melhores oportunidades para exercer a profissão. O público também se identifica mais com a cidade grande do que com as áreas rurais. Embora, se a gente observa o campo da saúde em antropologia, pensamos quantos antropólogos foram médicos. Quando a gente vai para as origens da antropologia, identificamos médicos tentando

entender o corpo, e cada vez menos temos a Antropologia Biológica. Até temos algumas pessoas que continuam trabalhando, mas nunca foi a parte mais forte da Antropologia Brasileira. Sempre social e cultural, mas no meio médico e biológico. Quando se olha para o rural, você não vê o sistema eficiente montado para a saúde. A primeira coisa que você tem é que o médico sempre muda. Ou o médico é o patrão, ou é o prefeito, ou é a pessoa de maior destaque, é o elemento de poder muito associado aos fazendeiros, ou é a pessoa que foi embora, está na cidade e não tem mais contato com eles. E as pessoas que vêm para fazer os atendimentos, muitas vezes, são pessoas que vêm e passam pouco tempo. Sempre existiam programas para estímulo de pessoas na sua formação, durante a residência, passar um ano em algum lugar, aprender como é, para depois você voltar para o específico. E do iniciático para o profissional, é lidar com a área rural, ou com uma área dita mais pobre. Depois você volta e faz as coisas que quer.

Alguns com essa influência viram o que vocês estão me dizendo agora, viram pessoas que tinham um olhar um pouco mais interdisciplinar para o exercício de saúde. A interdisciplinaridade na área de saúde vem do fato de que são os mais interdisciplinares da área de saúde que se interessam em dialogar com os antropólogos. E eu, como antropólogo, sempre tive uma abertura para diversas áreas. Hoje em dia, a gente vê muitas vezes antigos departamentos que eram disciplinares virando conjuntos de assuntos sobre certos temas, que a gente chama aqui de núcleos de pesquisa, que terminam crescendo muito. Por exemplo, na Bahia, em núcleos de estudos interdisciplinares sobre gênero, as pessoas não são de um departamento, são de uma área temática. Quando eu fui há pouco tempo para um instituto de estudos de desenvolvimento na Inglaterra, a mesma coisa que eu já vejo acontecendo em muitos lugares, no Sussex, eles têm o que chamam de “clusters”.

No tempo que eu estava escrevendo o meu projeto de doutorado, “rolava” por aí a conversa: não há coisa que deve ser para um estudo disciplinar só, deve resolver problemas. Não deve ser tanto: eu estou fazendo tal disciplina, resolvendo um certo problema. E essa é uma tensão que faz as coisas se movimentarem. E a interdisciplinaridade, eu acho que fica com interesse em ser a pessoa que também lida com uma compreensão de um certo assunto. Caso tivesse as perspectivas possíveis, sem necessariamente achar que a sua própria perspectiva vai ter saliência ou mais importância do que as outras. Quer dizer, aquela nossa ideia de que relativismo é super importante. E talvez, eu absorvi muito isso e apliquei ao trabalho que faço quando estou fazendo qualquer pesquisa.

Se você ler o memorial do processo que me fez professor titular, uma das coisas que resaltei, uma coisa que vocês chamaram a atenção, estou quase sempre trabalhando com alguma equipe de pesquisa. Você ganha, porque os conhecimentos não são aqueles conhecimentos que você vai sempre dominando para teorizar, especialmente os que não estão dentro da sua área disciplinar. Nessas interações os conhecimentos se complementam, pensamos em outras implicações.

**Entrevistadores – Quando o senhor fez essa analogia com relação à nutrição dos trabalhadores, também trazia isso com a questão da pesquisa feita no Ibura. Essa nutrição que o senhor falou com relação ao excesso de trabalho tem a ver com o tipo de alimento que essas pessoas acessavam?**

**Scott** – Foi eventual. A primeira dissertação do mestrado que orientei foi da área de nutrição, nos anos de 1980, no programa de alimentação do trabalhador, que falava sobre a comida que estava sendo oferecida nos lugares de trabalho. A questão dos tipos de imagens que essa alimentação comunica sobre os usuários desses programas e reflete nas relações do trabalho de quem come no refeitório, de quem não come no refeitório, como é que faz a comida nele, etc. Mas não é uma das áreas que tenho enfatizado nos meus estudos. Dialogo mais com a saúde relacionada com a possibilidade de reforçar uma identidade social e coletiva.

**Entrevistadores – Um trabalho de difícil acesso e de grande curiosidade nossa é a pesquisa de campo realizada no Ibura, em Recife. O senhor teria como comentar um pouco sobre essa experiência de campo, e por que é tão difícil de encontrar o trabalho referente a esta pesquisa?**

**Scott** – O trabalho no Ibura veio com essas experiências que já contei um pouco... O JICA (o *Japanese International Cooperation Agency*) tinha dado um grande aporte de recursos para a formação. A ideia era abrir uma coisa um pouco mais interdisciplinar, um pouco mais social, tendo o diretor do Centro de Ciências da Saúde, o Geraldo Pereira. Ele me chamou, porque parte da ideia que JICA trouxe para Recife foi elaborada por uma antropóloga no Japão. Então, JICA veio e disse: *“a gente vai querer trabalhar com vocês para fazer pesquisas, criar os pilotos para trabalhos de Saúde Pública que podem ser feitos para beneficiar a população”*. Fui chamado junto com uma série de outros professores de diversas áreas, que tinham alguma sensibilidade para a pesquisa social.

Eu lembro muito do Geraldo Pereira falando: *“É! Tem doenças que são federais, outras doenças que são estaduais”*. Ele me convidou para ajudar a elaborar todo o projeto para a saúde pública, eu estando do lado antropológico. E dentro disso, os japoneses tiveram a ideia de ter três áreas. A elaboração do projeto durou cinco anos. A *Healthy City* (Cidades Saudáveis) conseguiu espalhar para outros lugares além das três áreas delineadas. A equipe trabalhou em Brejo de Madre de Deus, Macaparana, e, na cidade, eles queriam trabalhar no Ibura. Eu não tinha olhado para o Ibura. Não conhecia muito sobre Ibura, mas já vinha com uma seleção de um lugar que eles queriam fazer um projeto de Saúde Pública. Há muitas formas alternativas de lidar com saúde, de lidar com a vida cotidiana. Os japoneses estavam muito cientes da necessidade disso e não colocaram nenhuma resistência. O objetivo era compreender como o povo faz para resolver o seu problema de saúde.

Nos estudos apresentados no livro *“Sistemas de Cura: As alternativas do Povo”* (1986), notamos possibilidades de coisas relacionadas à saúde. Isso me fez pensar: *“– Como é que é especificamente no Ibura? Como era junto com o centro de saúde?”* Havia uma forte relação também com as Secretarias de Saúde. Terminamos então em contato com os distritos sanitários. Começamos a observar o que é que as populações estão fazendo para resolver o seu problema de saúde e o que é que os administradores de saúde

podem fazer para ter mais sensibilidade a esses programas. Então, trouxemos uma série de pessoas para trabalhar conosco, cada um fazendo pesquisas sobre fatores diferentes, e tentamos fazer uma espécie de olhar geral sobre a situação de saúde no futuro, para poder fazer propostas sobre o que poderia acontecer para melhorar a situação de saúde das pessoas no Ibura. Isso foi um trabalho que permitiu, por exemplo, a minha introdução um pouco mais forte na área de Antropologia Visual. No filme<sup>1</sup>, mostravam plantas, mostravam os raizeiros, as mulheres que sabiam rezar (as “rezadeiras”), apareciam as falas com as parteiras, as associações. Teve o apoio das parteiras de saúde no Ibura. Foi muito interessante.

Tem uma solução que vem no envelope... o soro, era uma substância que lidava com desidratação, problemas de saúde. Mas tinha uma solução que também era com as plantas. O Distrito de Saúde decidiu montar uma barraca para mostrar como os agentes comunitários devem usar o soro do envelope. Os próprios agentes de saúde disseram: “*Sim, mas a gente também tem as coisas que podemos usar, que a gente faz e que usa em casa... uns remédios caseiros que usamos. A gente pode mostrar?*”. Mas o sistema de saúde mostrava apenas o que ele estava promovendo, no caso, o soro do envelope. As agentes tinham que montar uma barraca delas, independente da prefeitura, para mostrar as plantas que sabiam usar e produzir em casa.

Então, o trabalho dos japoneses era pensando cidades saudáveis em que todo mundo na cidade estaria, de alguma forma, trabalhando junto para pensar como fazer as coisas mais saudáveis, ecológica e psicologicamente mais saudável. As religiões cada uma trabalhando do seu jeito e lidando com as questões de nervosismo. Olhávamos essas questões pesquisando para JICA e montamos o livro chamado “*Saúde e Pobreza no Ibura*”, que foi financiado e divulgado por eles [JICA]. E é difícil de achar uma cópia desse livro. Eu acho na minha sala porque fiz uma cópia<sup>2</sup>.

Depois disso, eu e a Marion Teodósio – que também tinha participado da pesquisa financiada pelo JICA, trabalhamos com os jovens e com associações, fizemos uma pesquisa sobre a diversidade do Ibura, quanto a visões de saúde. O outro livro sobre o Ibura foi organizado pelo FAGES e publicado pela Editora Universitária da UFPE.

### **Entrevistadores – O tema geração também é bem forte, não é?**

**Scott** – Sim, estávamos olhando muito uma coisa que sempre foi importante, e que eu já vinha trabalhando no PSF [Programa Saúde da Família], fazendo cursos para capacitar profissionais de saúde para fazer parte de equipes do PSF. Uma coisa que percebemos era a enorme importância que se dava à saúde reprodutiva, aos problemas de mortalidade infantil, às mulheres que estavam sempre sendo atendidas, já os homens jovens não. Os estudos sobre gerações foram bem reforçados por meio desse estudo.

Já tinha gênero nas minhas pesquisas anteriores. Nos tempos de pesquisa nos engenhos, quem migrava era o jovem. Para muitos, era um rito de passagem.

<sup>1</sup> O filme “*Em Busca de Saúde*”, de 1999, pode ser assistido no YouTube neste link: <https://www.youtube.com/watch?v=61d6sYW84hQ&list=PLmX7de9lG6icsUeNEhsEnplkse4Z3NYcU>.

<sup>2</sup> Disponibilizado pelo próprio Scott neste link: [https://drive.google.com/drive/folders/1\\_PG381w0GaSPaxNHQJRDOhky3TQINb0C](https://drive.google.com/drive/folders/1_PG381w0GaSPaxNHQJRDOhky3TQINb0C).

Voltava, já era um homem feito. Menos vezes, já era uma mulher feita. Então, o homem sempre achava que ele ficava mais conhecedor das coisas. As mulheres, talvez, ficam conhecendo coisas que não deveriam conhecer. Era muito controle sobre as mulheres. A noção de geração entra nos estudos de migrações, antes de chegar mesmo nas questões de saúde.

**Entrevistadores – Quando olhamos para a sua produção, e nesta conversa, identificamos diferentes trabalhos em equipe com diversos profissionais. Isso também é sinalizado, recentemente, na pesquisa sobre os afetados pelo vírus Zika. Então gostaríamos de ouvir do senhor a respeito dessa experiência, em particular, o que a antropologia pode fazer com outros grupos, outros pesquisadores e outras áreas?**

**Scott** – Houve bastante abertura para interlocução. Acho que perdura até hoje. A gente tinha antropólogos que trabalhavam dentro de instituições de Saúde Coletiva. Talvez um exemplo mais importante disso seja Cecília Minayo, uma antropóloga de excelente qualidade, que trabalha questões metodológicas.

Eu lembro de uma conversa com alguns dos meus mais conhecidos antropólogos de saúde, como Cynthia Sarti e Luiz Fernando Duarte. Os dois estão em programas de Antropologia, e são excelentes trabalhadores na área de saúde. Eles estavam falando sobre como deveriam fazer chegar o tema saúde à pauta de grupos de trabalho na ANPOCS. Por esse caminho do sofrimento, da doença, da pessoa, da identidade, do corpo... Conseguiram fazer com que a direção da ANPOCS sentisse que esse assunto também merecia ser puxado. Sempre tem mudanças na forma de organizar os GTs (Grupos de Trabalho), mas hoje em dia haveria muito mais aceitação de qualquer assunto relacionado com saúde. Eu acho que o diálogo entre saúde e ciência social tem uma aceitabilidade muito maior. Via isso enquanto dava aulas, de certa forma, como professor de Antropologia, professor de graduação e de pós-graduação.

Os nomes das disciplinas voltadas para área da Antropologia da Saúde tiveram variações ao longo do tempo: Socioantropologia, Antropologia em Saúde, Relações Sociais em Saúde. Mas era a disciplina oferecida por antropólogos nos cursos de educação física, em terapia ocupacional, em odontologia, fisioterapia, fonoaudiologia, às vezes psicologia (a parte psicológica está mais próxima; muitas vezes, há profissionais específicos que trabalham essa questão). Mas sempre oferecíamos aquela disciplina e tentávamos fazer com que ela fosse relacionada com toda a experiência que as pessoas tinham nas suas áreas. Esses cursos não tinham uma valorização muito forte na área de saúde.

Tive um diálogo bastante grande com as pessoas na área de saúde, e esses cursos, essas reuniões de Antropologia da Saúde, que agora está em uma quinta edição, nós fizemos a quarta. As experiências que eu tenho aqui com Saúde Coletiva, quando fiz a quarta edição, eu, Renato e Ana Claudia, que estávamos juntos fazendo esse trabalho, a gente não chamou muita gente de Saúde Coletiva. Demos uma continuação às coisas que estavam sendo feitas em outros lugares, que eram muito [relacionadas] com a Antropologia de Saúde, aí a Abrasco fez uma queixa formal, dizendo: “você não nos incluíram”. Quer dizer inverteram a situação.



As Antropologias achavam que não estavam sendo chamadas, agora as pessoas de Saúde Coletiva achavam que os antropólogos de lá não estavam sendo chamados para [os assuntos] relacionados com a saúde que a antropologia estava fazendo, e o pessoal de Mato Grosso tem inserção nas duas coisas, Ciências Sociais, em geral, e Antropologia e Saúde Coletiva. E a ideia é que essas reuniões sempre tenham uma interface enfatizada da Antropologia com a saúde pública e outras áreas de conhecimento.

**Entrevistadores – Ainda nesse tópico, o senhor poderia comentar um pouco sobre a experiência de organizar a IV Reunião de Antropologia da Saúde, ainda mais durante o auge da pandemia da Covid-19 em 2021, e de que modo esse evento apontou ou não para um reconhecimento da importância da Antropologia da Saúde para outras áreas das ciências biomédicas?**

**Scott** – A primeira coisa que tentei reconhecer é que éramos a quarta edição: quando você é a quarta, tem três para se orientar. Já existia uma forma bem estabelecida de organizar o evento. As primeiras reuniões de Antropologia da Saúde ocorreram na Bahia, onde Saúde Coletiva e Antropologia têm uma relação. Fizeram algumas das coletâneas, que chamamos de básicas que eram de Antropologia da Saúde, foram resultados até das primeiras reuniões. Depois da segunda, não deram continuidade. Então estávamos querendo insistir na questão da continuidade. Assim a primeira coisa era seguir um formato que já estava sendo executado na nossa retomada do assunto por causa das primeiras três reuniões que tinham sido realizadas, em João Pessoa, Natal e em Brasília.

Muitos de vocês, nossos alunos, sabiam mais sobre como fazer essa coisa disponível para pessoas que não poderiam viajar, e não estavam em tempo de viajar devido à pandemia em curso. Então, tivemos de fazer reuniões remotas. Ana Cláudia e Renato estavam trabalhando juntos. Tivemos reunião audiovisual, tivemos fórum, aproveitei para juntar coisas da minha pesquisa sobre Zika. Tínhamos a ideia do que se vai fazer depois da Covid, tínhamos espaço para falar sobre isso, e acho que foi uma experiência muito positiva, conseguimos bons palestrantes e percebemos que as reuniões virtuais são muito proveitosas.

**Entrevistadores – O fórum que o senhor criou e coordenou na RAS foi um espaço também democrático, nos referimos ao fato de trazer as pessoas afetadas pelo vírus Zika, como as mães – de elas terem um espaço de fala. Será que a gente conseguiria, em outras oportunidades, agrupar essa diversidade de pessoas, como ocorreu nesse fórum que o senhor coordenou?**

**Scott** – É sempre um desafio. Estou usando o que está muito forte nos estudos de gênero, raça, ou no lugar de fala. Como é a minha experiência pessoal, preciso ser compreendido para as pessoas saberem de onde estou falando, qual é a minha experiência e o que tem a ver com esse ponto de convergência entre as nossas conversas e as preocupações. Então, na nossa pesquisa, teve muita atenção em

sempre criar lugares de fala convergentes, que envolviam uma compreensão das diferentes perspectivas das pessoas envolvidas.

Agora, você conseguir juntar as mães e os profissionais de saúde, junto com os pesquisadores que eram muito efetivos e os profissionais de saúde que atendiam, foi uma coisa que o fórum, numa reunião de atores de saúde, não dava muita força para poder alavancar alguma coisa nos lugares profissionais de ser presencial, porque não tem essa visibilidade tão grande para as pessoas dessa área. Mas o fato de eles participarem fez com que a gente pudesse criar um papel com demandas especificadas e enviadas, e ainda estamos tentando fazer com que a coisa ande, mas é difícil, porque alguns dos pesquisadores da área de Zika não continuam na área do Zika.

Então, perdemos muita gente, e as crianças cresceram. São crianças grandes e não é mais uma coisa da infância. Como eu falei antes nos programas de saúde de família, há um supercontrole sobre os mais novos e a saúde reprodutiva. A mortalidade infantil é uma medida para ver onde o Brasil fica entre todos os países. Então, tem que controlar a mortalidade infantil. O Zika começou a surgir e teria um grande impacto na nossa taxa de mortalidade infantil. O foco nesse projeto foi tendo sua importância diminuída perante a visão do país, que deu uma boa resposta ao vírus Zika, mas deixou muita coisa para ser feita. As crianças afetadas pelo vírus estão crescendo, e elas têm que ter assistência social, educação, creches, lugares de cuidar, é necessário ter transporte.

Benefícios sociais para os mais pobres, mas pensão não é benefício. Pensão não é limitada pelo seu nível de renda. O benefício é você pode provar que é desgrazadamente pobre para receber um benefício. E, para receber uma pensão, não é uma condição que você mereça. Claro, o Zika criou condições sociais e ambientais muito malcuidadas pelo setor público, então todo mundo viu. Só que eles colocaram na regulamentação que você tem que ser qualificado para receber um benefício. Por exemplo, uma família que tem um filho com Zika e tem mais de um quarto de salário por pessoa não vai conseguir o dinheiro para cuidar, ajudar a cuidar das mães e dos irmãos que têm.

As associações trabalham mais e fortemente em prol de auxílios. Em certo período, se anunciou tantos centros de terapia novos, mas de repente eles sumiram do mapa quando surgiu a Covid-19. As tentativas atuais de corrigir isso podem trazer alguns resultados!

**Entrevistadores – É impressionante como o Zika relaciona gênero, raça, meio ambiente, família, infância, cuidado, deficiência, itinerários terapêuticos, política pública, ainda mais por serem eventos acontecendo em tempo real. Essa situação de os bebês virarem crianças e de essas crianças virarem adolescentes é um ponto que também mostra um aspecto que talvez você possa comentar um pouco mais, quanto ao lugar do pesquisador que se depara com uma situação de longo prazo.**

**Scott** – Isso tem relação com o seguinte pensamento: “Eu queria muito que a minha doença fosse mais visível, eu queria que não fosse uma doença desconhecida”.



A gente quer muito que a doença que a gente tá sofrendo tenha alta visibilidade, essa é a primeira coisa que pode acontecer pela alta visibilidade da doença. Porém, ela pode virar um elemento que levanta o preconceito contra um certo lugar. E esse certo se relaciona ao que não se sabe cuidar, que não tem condições sanitárias adequadas, que não tem profissionais suficientemente capacitados, que não tem instrumentos e tecnologias nos centros de cuidados, tem que fazer algum tipo de acordo com outros e se sujeitar a ser objeto de trabalho humanitário.

Houve um momento que tínhamos um setor tecnológico, um setor de atendimento; o pessoal da saúde estava superenvolvido em mostrar que somos competentes em relação a saúde. Fiquei com a impressão, não sei dizer muito, mas de que toda a resposta que foi feita aqui no Brasil ao vírus Zika terminou sendo muito positiva para a compreensão da capacidade do setor de saúde profissional. Como as pessoas que trabalham com o social foram muito ativas, elas também souberam mostrar o que precisava ser trabalhado.

Eu fui para a Secretaria de Saúde, nos últimos meses da gestão anterior [governo de Bolsonaro], e eu perguntava: *Ei, quem é responsável por Zika aqui?*” Só ia para a pessoa responsável por *Arboviroses* para registrar os casos de doenças causadas pelo mosquito da *Aedes Egipty*. Então, você não encontrava ninguém, nenhuma secretaria de saúde, que antes tinha um núcleo todo desenvolvido para atendimento a essas famílias, ou seja, houve um desmonte. Acredito que isso acontece com frequência na área da saúde. Se passa de uma doença para a outra. Do meu ponto de vista, é de epidemia em epidemia, ou seja, sempre tem uma epidemia que acabou. Mas as pessoas que viveram a epidemia ainda estão sofrendo da epidemia, de alguma coisa que tem a ver com seus efeitos, então elas ficam invisibilizadas.

Eu acho que temos uma ideia sobre quais orçamentos de saúde vão crescer e, entre eles, o combate ao vírus Zika nunca ocupará o espaço que já ocupou. Ninguém entende por que não tem um novo surto. Eu acho que nós (os pesquisadores), muitas vezes, vamos seguindo essas mudanças que ocorrem.

**Entrevistadores – Diante da recente neoliberalização e do desmonte promovidos pelo Presidente anterior [Bolsonaro], como o senhor percebe a resiliência ou a fragilidade do Estado brasileiro e suas instituições, no que diz respeito ao acesso à saúde do brasileiro?**

**Scott** – Em geral, é admirável como uma enorme centralização de decisões gera uma capacidade de desmontar um aparelho institucional, que poderia ser muito eficiente e muito capaz, mesmo que seja insuficiente para lidar com vários dos problemas de saúde. A primeira coisa que me chama atenção é que quase 100% de quem é afiliado da Abrasco diz: *“mas temos o SUS (Sistema Único de Saúde)!”*. Todo mundo sabe que o SUS é a nossa vergonha e o nosso orgulho. Ele tem suas fraquezas, mas tem seus princípios e sua capacidade de chegar em muitas questões, já que, se não fosse por ele, não haveria nada disponível.

Pondero que esse período de excessos de neoliberalismo mostrou para a gente que mesmo construído em torno de uma base institucional muito forte, com todas as suas limitações, temos pontos de fragilidade, em termos das decisões, nas quais

a instituição não consegue se sobrepôr sobre as questões da política imediata. Essa institucionalização, cada vez maior, precisa ser criada para que haja espaços, que são tecnicamente capacitados e respeitados, de uma forma que não podem ser desmontados com uma decisão política mais ou menos monocrática. A gente pode estar indo exatamente em uma outra direção, talvez um poder decisório pareça muito monocrático, pelo menos ele tem um conjunto de pessoas agora trabalhando para tentar reforçar as instituições, mas com várias novas instituições criadas, e a gente não sabe qual vai ser o poder dessas novas instituições de manter diversas vozes com o espaço de combater o que resta do governo, que tem muito de neoliberalismo.

Você percebia que na imobilização repressora não havia condições de ser ouvido, mas ele [SUS] não sumiu, ele reapareceu com a alegria que está sendo colocada, de alguma forma, estamos vendo coisas que eram escondidas. Desde os governos anteriores do mesmo conjunto de pessoas, que começaram a ter uma visão cada vez mais aberta sobre essas questões. Não sei, não posso dizer do futuro, mas está ali Marina, que disse *“eu não aguento mais essa política, eu vou sair! O meio ambiente está sendo desrespeitado, a noção do crescimento econômico está se colocando como mais importante”*. Ora, questões sobre mudanças climáticas, mudanças sobre ecologia, alguma coisa aconteceu historicamente para fazer com que ela sentisse *“Olha, as condições são um pouco melhores para estar aqui convivendo com uma forte corrente progressista, com uma tendência de respeitar diversidades e construir junto”*. Essa é uma combinação difícil, eu acho que eu voltei ao que falei quando disse que quero fazer o marxismo falar com o ecologismo.

**Entrevistadores – É um aspecto marcante da sociedade brasileira a evidente relação de atrito entre o Norte e Nordeste em relação ao Sudeste do Brasil. Em particular no contexto acadêmico, principalmente pela forma como o financiamento, o prestígio e o reconhecimento são concentrados em certas partes do país. A gente quer saber como o senhor percebe esse âmbito da antropologia produzida no Nordeste, ainda mais nesse tema da saúde, que tem alguns expoentes famosos como o da autora Nancy Scheper-Hughes. Como você percebe essa dinâmica da antropologia produzida no Nordeste em relação ao Sul e Sudeste e fora do Brasil.**

**Scott** – Quem é o antropólogo americano mais conhecido por desenvolver estudos sobre o Brasil? Charles Wagley, da Universidade de Columbia. Ele veio a convite de quem? Do SESC, do sistema de saúde coletivo, veio ajudar a pensar melhores condições sanitárias em comunidades que eram distantes. Ou seja, a gente sempre tem os ditos desenvolvidos cuidando dos não desenvolvidos. Do tempo que eu vim aqui [no Brasil], tinham trabalhos que usavam muitas vezes de colonialismo interno, mostravam que, entre os centros de produção de conhecimento e de ação de muitos países, havia outros que eram regionais e que eram comuns. Então, isso continua existindo fortemente, eu tive o trabalho extraordinariamente rico e desgastante de ser coordenador de área de Antropologia durante o período de quatro anos, agora, em dois períodos anteriores de avaliação, eu percebi uma coisa que acontece um pouco em todas as áreas disciplinares.

Sempre se falava sobre a necessidade de chegar nas regiões, mas todos tinham uma concentração nos lugares do centro-sul, mas uma das finalidades sempre especificadas nos objetivos era melhorar a qualidade dos centros nas áreas que são menos providas de cursos e programas, etc. Acho que isso continua existindo fortemente pelo próprio sistema de financiamento de educação superior, porque custou para entender que quando começou a ter redução de alguns orçamentos, começou a tocar em uma coisa chamada Pronex, a gritaria de antropologia cresceu muito. Os cursos com nota 6 e 7, que têm [uma verba] regular, [conseguem] continuar com ações, secretarias reforçadas, por causa de apoios administrativos, com dinheiro para bolsas adicionais que pode ser ministrado, é uma coisa que a tendência lá é sempre continuar nos mesmos lugares. Então, um espaço formal, gerencial, administrado por governança dos cursos que diz que qualquer área devia ter de 5% a 7% dos cursos com nota máxima, aí varia um pouco as porcentagens, mas você tem que ter o que estatísticos chamariam de *bell curve*, ou seja, poucos muito ruins e pouquíssimos muito bons.

É sempre um *bell curve* com uma tendência de que os muito ruins vão crescer. Então, eles podem ser mais que os muito bons, tem que ser pouco. E isso na hora de financiar, devido ao parâmetro de excelência, se termina tendo menos apoios fluindo para os programas que ficam nas áreas regionais. No fim, a gente tem uma voz um pouco maior dessa situação na percepção hoje em dia, essa voz é trazida pela decolonialidade, que se tenta ter uma voz daqueles que estavam sendo colonizados. A gente percebe que existem muitas dessas vozes que são vozes os mais diversos, mas que são mais espalhados, então acho que de certa forma isso abre um pouco mais de espaço para a voz dos lugares desassistidos e pouco ouvidos poderem dizer mais. Acho isso uma coisa positiva, porque agora os antropólogos, muitas vezes, são desses lugares. Produtos também de ações governamentais e políticas públicas para inclusão.

No primeiro ano que estava aqui, falava espanhol e aprendi português. Aconteceria uma reunião na Região Sul do país. Eu saí de Recife para ir à reunião. Liguei para um colega antropólogo, e antes de a gente chegar no assunto de como organizar nossa viagem, ele disse: “[...] *um momentinho, um momentinho... ó Maria, venha ouvir, um americano falando com sotaque nordestino!*”. Perceba a dimensão de desmerecimento. Eu, por ser americano, não sou mais inteligente que ninguém, e por ser nordestino, eu não sou mais inteligente do que ninguém, mas estava enquadrado numa chave de chacota, por causa de preconceito linguístico. Lembrei de um amigo meu, do Rio Grande do Sul, que estava fazendo o curso de pós-graduação no Texas, ele tinha aprendido inglês com o sotaque texano. Eu sendo de outro lugar, também fazia parte da chacota dele, então fiquei com raiva do meu próprio preconceito linguístico. Mas essas coisas de dominação entre regiões ficam nas coisas menores e nas maiores, e não são facilmente quebráveis.

Participei como autor do livro “*Rumos da Antropologia no Brasil e no Mundo: Geopolíticas Disciplinares*” (2014), nessa obra tem um entendimento chamado “*Pluralidade Estratégica*”, pois quando se fala da história da Antropologia, vai tudo para pessoas que ensinavam nos Centros. Quando se vai para os campos de investigação, para

as periferias, a pluralidade é diferente; quando se fala de história e de campos de pesquisa, nós do Nordeste, somos o campo de pesquisa para os outros. Nancy Scheper-Hughes veio para fazer campo, não para dialogar com antropólogos. Então falta conhecimento local.

Agora com o conhecimento indígena, quilombola, e com todo mundo morrendo de medo de que o mundo vá acabar, por causa dos nossos maus-tratos com o ambiente, se começa a dar voz para os outros, que são as vozes de ideia; de esperança. Mas vão para uma questão que em antropologia damos muita importância: o conhecimento local. Quando se vai para uma dimensão global, existe a dificuldade em fazer essa transição, mas pelo menos se usa esse conhecimento local com relação ao ambiente, que é uma coisa que ensina a gente a pensar.

Parece incoerente esse conjunto de coisas que expressei, porque são partes que se articulam para ter o discurso que se ouve hoje. Mas não acho que haverá uma superação das desigualdades regionais em termos de conhecimento. A epidemia do Zika criou uma reputabilidade muito grande para as ciências de saúde no Nordeste, por terem descoberto rapidamente, nacionalizado, internacionalizado e trabalhado localmente. É uma série de elementos específicos, que começam a mostrar que as capacidades estão distribuídas entre pessoas de todos os locais, independentemente das suas relações de poder históricas.

**Entrevistadores – Queremos saber do senhor sobre os cursos de Antropologia e Sociologia da Doença, mas também sobre a experiência de ensino dessa disciplina em contextos externos à Antropologia. Como é para ao senhor transitar nesses espaços e dar aula para diferentes áreas?**

**Scott** – É difícil falar sobre isso. Porque, em cada um dos lugares, temos uma forma diferente de abordar. Havia lugares, onde eu me sentia muito bem, sentia um diálogo possível, já em outros locais era mais difícil.

Eu sempre me sentia mais à vontade com as áreas onde as pessoas já tinham a disposição de ver as questões sociais. Então, terapia ocupacional, educação física, fonoaudiologia, eram lugares que a gente tinha uma responsabilidade de dar uma disciplina inteira, com isso, se cria uma experiência de conviver, e depois usar seu conhecimento disciplinar para pensar sobre essa experiência. Era uma espécie de receita conjunta em todas as situações, sempre apoiado de formas diferentes de disciplina para disciplina. Eu os colocava para fazer alguma coisa cotidianamente. Os estudantes se queixavam dessa demanda, mas eu sempre aplicava essa ideia, pois devemos ter a experiência de conviver, entender os significados atribuídos por outras pessoas em outros lugares, que estão vivendo de uma forma que é do seu interesse, mas diferente daquilo que você tem que trabalhar. A gente vê algumas áreas que favorecem isso, a terapia ocupacional trabalha com coisas que são tecnologicamente mais diversificadas possíveis.

Eu lembro de uma coisa que está nas normas de criação do Programa de Saúde da Família que eu achei genial. Falaram que ele é tecnologicamente pouco sofisticado, então os defensores disseram: *“Ora, de fato ele é tecnologicamente mais complicado porque envolve a enorme complexidade de entender o ser humano, interagir com o ser humano, e*

*entender a diversidade de situações em que o ser humano está*". Ele envolve um aprendizado com uma série de pontos de vista que faz com que seja tecnologicamente muito mais exigente do que saber operar algum tipo de aparelho que vai dar uma imagem de algum tipo de coisa que você vai usar para diagnosticar uma situação de saúde. Quer dizer, não uso tecnologia para menosprezar quando estou falando do ser humano, então consigo desmontar a conversa técnica. Trabalho muito para fazer com que a técnica não esteja necessariamente superior, ao mesmo tempo que respeito o conhecimento técnico, quero que ele seja consciente das possibilidades humanizadoras.

Acho que essa experiência é interessante no sentido de que, quando você tem uma série de profissionais que estão querendo ser mais profissionais ainda, e abrindo esse leque de coisas que eles não viram, eles têm uma consciência da ausência, aí ficam supersensíveis para poder levar adiante. Claro que tinha gente que fazia as disciplinas porque tinha que fazer, mas era uma minoria. Havia uma receptividade muito grande, e era essa questão de conhecimento que eu acredito ser muito importante.

Uma vez, fui chamado para dar uma aula como docente convidado. Tive dois ou três dias para lidar com coisas relacionadas ao "*O Desafio de Conhecimento*", livro de Minayo com questões de metodologia qualitativa. Passamos por duas ou três aulas. Hoje, lembro de um aluno brilhante e muito bem-preparado na área de medicina. Depois de ele ouvir essas aulas, ele falou: "*professor, eu não entendi nada nesses dois últimos dias, não sei de nada que o senhor está falando, inclusive vou lhe mostrar o porquê!*". O estudante fez uma leitura de duas páginas que tinha escrito em jargão sociológico e antropológico, então relatou que eu estava repetindo como se fosse muito fácil de entender, mas não estava fazendo com que a abordagem pudesse ser compreendida por ele como profissional de saúde. Foi uma peça literária maravilhosa, que ele escreveu. Ele me mostrou que quando eu acho que estou falando de uma coisa com clareza, simplicidade e relevante para minha área de conhecimento, posso estar fazendo as pessoas se distanciarem por estar usando palavras "esquisitas" e com pouco significado para elas. O pessoal de saúde me ensinou muita coisa.

### **Entrevistadores – Com relação aos modos de fazer antropologia e aos métodos que vem usando ao longo dos anos, o senhor percebe algum tipo de sistematização na sua prática?**

**Scott** – Desde o início das minhas pesquisas, eu tinha uma tendência por achar que eu entendia melhor uma coisa quando eu comparava com outra coisa, então a ideia comparativa, para mim, foi muito importante. Nem todo antropólogo acha que o comparativo é tão importante, porque a comparação que ele faz diz respeito a ele, como antropólogo, e ao Outro, que tem um ponto de vista diferente.

Para mim, a metodologia comparativa fez apreciar um pouco mais tanto o uso de estatística quanto o uso de significados, o uso de números e descrições éticas e êmicas. Todo antropólogo, de certa forma, quer trabalhar nessas duas coisas. Quando comecei a fazer pesquisa, investiguei três engenhos distintos, cada um com suas particularidades: um ligado à reforma agrária, outro com um modelo



modernizante e um terceiro de caráter tradicional. Posteriormente, descobri que a maioria desses trabalhadores havia se deslocado para as pontas das ruas. Assim, acrescentei um quarto espaço à pesquisa: a ponta da rua, onde não havia mais um senhor de engenho para comandar. No entanto, estar na rua também impunha desafios. A ponta da rua se revelou um espaço que permitia visualizar os contornos das diferenças entre pessoas submetidas a uma realidade única, mas extraordinariamente complexa.

Nisso se cria uma frustração individualizada de eu não ser aquela pessoa que viveu a experiência de ser do grupo que pesquisa. Eu não sou do candomblé, e estudei candomblé, mas tem muita gente que vai mergulhando num assunto, tal como se fosse realmente daquela população. Como eu quero fazer uma comparação, como quero ver a diversidade das situações internas, eu não crio aquela realidade em que a sua descrição é tão densa, que refere aquele grupo e todos os elementos daquele grupo. No fim, a densidade é pelas comparações que faço. Pode ser a mesma coisa que o sentido de densidade que estou sugerindo por meio das ideias de Geertz. Mas é por isso que não consigo fazer sem fazer entrevistas, quero fazer uma entrevista gravada e não quero fazer meu conhecimento baseado na entrevista gravada, porque sei que uma entrevista é uma experiência gravada, como vocês estão fazendo aqui comigo agora. Eu quero conviver com as pessoas, ficar com elas enquanto tomamos uma água, comemos, conversando sobre outro assunto, sem pretensões de nada especial.

O problema do antropólogo é que ele nunca está fora de campo. Quando não está fazendo entrevista, ele não está com o campo feito, ele está simplesmente em outro lugar, onde as pessoas estão vivendo com a mudança do cenário, que mudou a maneira de trabalhar, ou reforçou a maneira de pensar, então essa questão de querer comparar sempre é difícil de não querer, de ter sido demais até pelo fato de não fazer um mergulho todo.

Agora, já vou contradizer o que falei. Eu resolvi virar brasileiro, né? Estava muito tocado quando vinha e as pessoas conversavam comigo e falavam que a gente [estrangeiro] vem aqui [no Brasil], vai e volta para sua universidade, apresenta seu livro lá, e não contribui para nada. Falei explicitamente sobre isso com meu orientador: *“olha, eu gosto muito do Brasil. Estou muito bem situado aqui, fazendo família aqui, mas também tenho os Estados Unidos”*. Ele disse: *“Faça sua decisão! Quer ser do Brasil, fazer sua interlocução, sua vida no Brasil ou nos Estados Unidos, mas faça sua decisão”*. Quer dizer, de certa forma, englobei tudo para ver se eu virava o estrangeiro que não veio apenas pesquisar no Brasil.

Sei que não serei tão, vamos dizer, *schepershuggesiano*. Chegarei, compreenderei muita coisa, mas ainda assim terei uma série de visões colonialistas. Acho que parte disso consegui, ninguém consegue se desfazer de tudo, mas, nesse sentido, fiz um mergulho, um mergulho num outro país, e consigo muitas vezes ficar refletindo sobre a nação brasileira. Quando eu não estou falando sobre a vida do trabalhador que mora no engenho tal, posso ficar falando sobre como o Brasil se apresenta no mundo. Mas se eu tivesse ido ser um professor de estudos brasileiros nos Estados Unidos, eu não teria a compreensão que tenho, nem o tipo de relação



que tenho com meus colegas aqui, que é um conjunto, ou um dos conjuntos de amizades que mais prezo.

### Entrevistadores – Obrigadx, professor!

#### Carolina Barbosa de Albuquerque

Doutora em Antropologia pela Universidade Federal de Pernambuco. Mestra em Antropologia pela Universidade Federal de Pernambuco. Bacharela em Ciências Sociais com área de concentração em Antropologia pela Universidade Federal de Campina Grande. Pesquisadora com experiência na área de Antropologia com ênfase em família, gênero, geração, sexualidade, deficiência, migração, saúde e espaços rurais. Integrante do grupo de pesquisa FAGES-UFPE. Atualmente, pós-doutoranda no Programa de Sociologia da Universidade Federal de Alagoas.

Endereço profissional: Estágio Pós-Doutoral pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Instituto de Ciências Sociais, na UFAL, no Câmpus A. C. Simões. Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n, Cidade Universitária, Maceió, AL.CEP: 57072-900.

E-mail: albuquerquecarolina1@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5303-8024>

#### Igor Holanda Vaz

Bacharel em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Pernambuco. Mestre e doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia da mesma instituição, atuou no campo da antropologia da saúde, em particular dos fenômenos voltados para o sofrimento e o adoecimento mental, tecnologias psicofarmacológicas, e modelos terapêuticos ocidentais e não ocidentais. Estágio de doutorado sanduíche pelo Graduate Center da City University of New York (2022-2023), coordenador da *Revista de Investigações e Estudos Antropológicos (REIA)*, e membro do Laboratório de Antropologia Visual (LAV-UFPE) e do Grupo de Estudos sobre Família, Gênero e Sexualidade (FAGES-UFPE).

Endereço profissional: Rua da Aurora, n. 1071, Santo Amaro, Recife, PE. CEP: 50040-910.

E-mail: igor.holanda94@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0423-1378>

### Como referenciar esta entrevista:

ALBUQUERQUE, Carolina Barbosa de; VAZ, Igor Holanda. Aprendendo com Ensino em Saúde, Epidemias Locais e Emergências Globais: Entrevista com Russell Parry Scott. **Ilha – Revista de Antropologia**, Florianópolis, v. 27, n. 1, e98346, p. 118-132, janeiro de 2025.