

ANTROPOLOGIA DA SAÚDE: Um lugar para as abordagens antropológicas à doença e à saúde

Pedro PEREIRA

Instituto Politécnico de Viana do Castelo (Portugal)

pedropereira@ess.ipvc.pt

ANTHROPOLOGY OF HEALTH: A place for anthropological approaches to sickness and health

Resumen: Este artículo tiene la intención de presentar un recorrido histórico de la *antropología médica*, teniendo en cuenta las diversas denominaciones que gravitan en torno a esta designación. Para ello se cruzarán dos dimensiones, *tiempo* y *espacio*. Con respecto al *tiempo*, por una parte, hablará de lo tiempo en que la *antropología médica* carecía de una autonomía claramente definida y, por otro, se describirá el período en que la *antropología médica* reclamó un campo específico de estudio. Con respecto al *espacio*, por una parte, se hará referencia a los enfoques de la *antropología médica* que circunscribe su objeto de estudio a las prácticas de la enfermedad y la curación culturalmente distante, esencialmente impulsado por la exclusión de la *biomedicina* como un objeto de estudio y por otra, los enfoques de la antropología médica que incluyen la *biomedicina* serán mencionados. Por último, se sugiere una *dirección* diferente con otro nombre para este campo del conocimiento antropológico: la *antropología de la salud*.

Abstract: This article intends to present a historical journey to *medical anthropology*, considering the various designations that gravitate around this designation. It will cross two dimensions, *time* and *space*. With respect to *time*, on the one hand, it will show a time when *medical anthropology* lacked a clearly defined autonomy and, on the other, will be described the period in which *medical anthropology* has claimed a specific field of study. With regard to *space*, by one hand a reference will be made to the approaches of *medical anthropology* that has circumscribed their object of study to disease and healing practices that were culturally distant, essentially driven by the exclusion of *biomedicine* as an object of study. By the other hand, the approaches of *medical anthropology* that include *biomedicine* will be pointed out. Finally, we suggest a different *address* with another name for this field of anthropological knowledge: *anthropology of health*.

Palabras clave: Antropología médica. Antropología clínica aplicada. Antropología médica aplicada. Antropología de la enfermedad. Antropología de la salud
Medical anthropology. Clinically applied anthropology. Applied medical anthropology. Anthropology of sickness. Anthropology of health

I. Introdução: partir da *Antropologia Médica*¹

As abordagens antropológicas à saúde e à doença acomodam-se, frequentemente, na designação abrangente de *antropologia médica* (medical anthropology). Este nome, apresentado inicialmente por Norman Scotch (1963), num artigo intitulado exatamente “Medical Anthropology”, desmultiplica-se numa diversidade de outras designações como a *antropologia médica aplicada*, a *antropologia crítica da medicina*, a *etnomedicina*, a *antropologia biológica* ou, de uma forma mais marginal, a *antropologia da doença*. Depois de se visitarem as mais diferentes abordagens deste subcampo do saber antropológico, sugere-se uma outra *morada* com um outro nome, *antropologia da saúde*.

Nesta viagem histórica da *antropologia médica* até à *antropologia da saúde*, propõe-se começar pelo cruzamento de duas dimensões, o *tempo* e o *espaço*. Por um lado, pretende-se falar do *tempo da ausência*, isto é, de um tempo em que a antropologia médica não tinha uma autonomia claramente definida, e de um *tempo de presença*, ou seja, o do período em que a antropologia médica reivindica um campo de estudo específico. Por outro lado, pretende-se abordar dois espaços que extravasam, sem anularem, a sua dimensão geográfica: o *lugar distante* e o *lugar próximo*. Com o conceito de *lugar distante* pretende-se fazer referência às abordagens da antropologia médica que circunscreviam o seu objeto de estudo à doença e às práticas de cura culturalmente distantes, essencialmente orientadas pela exclusão da biomedicina como objeto de estudo. Através do conceito de *lugar próximo* pretende-se salientar as abordagens da antropologia médica que contemplam a biomedicina.

Contudo, caucionando as referidas abordagens *espácio-temporais*, bem como as várias designações, será importante descrever o alcance e singularidade do objeto de estudo da antropologia médica e mostrar a inquestionável consolidação deste campo na atualidade.

II. Antropologia Médica - Dimensão e Alcance

Apesar do maior ou menor estreitamento de cada uma das subáreas da antropologia médica, bem como da especificidade das suas perspetivas na investigação dos fenómenos da doença e da saúde, é possível esboçar algumas dimensões que subjazem à diversidade de abordagens neste campo de estudo.

Talvez o alicerce mais largo neste multifacetado campo da antropologia médica seja a consonância relativamente à insuficiência da perspetiva biológica nas abordagens da doença e da saúde. Apesar da antropologia médica não negar a importância da biologia nos campos referidos, considera que é imprescindível acrescentar-se outras dimensões de âmbito cultural e social. Assim, a constatação deste “elo inextricável entre doença, medicina, cultura e sociedade” (Queiroz e Canesqui, 1986: 152), para além de levar a antropologia médica a procurar compreender a natureza das interações entre biologia, sociedade e cultura, abre caminho para outras abordagens à doença, nomeadamente a compreensão das origens sociais da doença (Singer e Baer, 2007: 11), bem como as representações e metáforas dos sintomas, tratamentos e da própria doença. A antropologia médica procura abranger realidades individuais e sociais, visto que ambas são organizadas, narradas e contestadas e em todos os sentidos vividas como processos sociais, sendo, portanto, fundamental compreender as narrativas da doença, situando-as em *contextos locais*, “nos quais a saúde e a enfermidade são reconhecidas e respondidas” (Kleinman e Petryna, 1996: 6495). Os antropólogos têm estado particularmente interessados quer nas transformações na saúde, como aquelas que expressam diferenças no poder, na posição social e desigualdades sociais, experienciadas, particularmente, por grupos e pessoas marginais quer, nos anos mais recentes, nos profissio-

¹ Este artigo é uma versão revista de uma parte da dissertação de Doutoramento em Antropologia (ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa), apresentado em setembro de 2013.

nais de saúde, os burocratas e os cientistas que contribuem para a definição pública da saúde e problemas de saúde (Kleinman e Petryna, 1996: 6495).

Podemos acrescentar a tudo isto o facto de, frequentemente, a antropologia médica estar dirigida para problemas de saúde prementes, portanto havendo um aspeto aplicado da pesquisa na antropologia médica (Brown, Barrett e Padilla, 1998; Singer e Baer, 2007) que encontra expressão na antropologia médica aplicada.

A singularidade do campo da antropologia da saúde está, desde logo, garantida pela aplicação das teorias gerais da antropologia e dos seus métodos às temáticas da doença, saúde, medicina e cura². O privilégio pelo trabalho de terreno e por metodologias qualitativas, a valorização do ponto de vista do outro e das perspetivas holísticas, e a utilização da etnografia conferem uma especificidade à antropologia médica que a destaca de outras investigações sobre as referidas temáticas. Certos autores destacam abordagens específicas para salientar a referida singularidade. Kleinman e Petryna destacam a utilização da etnografia para compreender a doença, a saúde e os cuidados de saúde, que mais caracteriza a perspetiva antropológica (Kleinman e Petryna, 1996: 6495). Sjaak van der Gesst elege como principal ambição da antropologia médica a descrição e a interpretação do sofrimento humano, através de conceitos e categorias de “experiência de proximidade”³ como fundamentais para se perceber “o que é que está em jogo”⁴ para as pessoas em situações particulares de sofrimento (Gesst, 2005: 1).

Conjugando a abrangência e a singularidade, o campo da antropologia médica está claramente consolidado, particularmente nos Estados Unidos. Podemos notar isto mesmo através de diversos elementos como a publicação de revistas científicas: a *Social Sciences and Medicine* (desde 1966), a *Medical Anthropology Newsletter* (desde 1968), a *Medical Anthropology Quarterly* (MAQ) (desde 1982 até 1986)⁵, a *Medical Anthropology* (1976) e *Culture, Medicine, and Psychiatry* (1976), a *Anthropologie & Santé*, (2010); a criação de associações como o *Group for Medical Anthropology* (GMA), que foi criado em 1967 e filiou-se na *Society for Applied Anthropology* (SFAA) em 1969 e a *Society for Medical Anthropology* (SMA) tornou-se uma secção formal da *American Anthropology Association* (AAA) em 1972. A par disto podemos salientar a publicação de diversas coletâneas de estudos desde o fim dos anos 70, do século XX, até 2010: Bauwens (1978), *The Anthropology of Health*; Chrisman e Maretzki (1982-a), *Clinically applied anthropology: anthropologists in health science settings*; Brown (1998), *Understanding and Applying Medical Anthropology*; Johnson e Sargent (1990), *Medical anthropology: a handbook of theory and method*; Martínez Hernández (2008), *Antropología médica - Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*; Hahn e Inhorn (2009), *Anthropology and Public Health - Bridging differences in culture and society*; Good et al. (2010), *A reader in medical anthropology: theoretical trajectories, emergent realities*.⁶ Esta última obra é particularmente elucidativa quer da tra-

2 Para alguns autores, a antropologia médica é “uma simples aplicação das teorias e métodos antropológicos a questões de saúde, doença, medicina e cura” (Brown, Barrett e Padilla, 1998: 10).

3 Utiliza-se aqui o conceito de experiência de proximidade como tradução do conceito de *near-experience* apresentado por S. Gesst.

4 A expressão *o que é que está em jogo (what is at stake)* é também utilizada por A. Kleinman e P. Benson (2006), num artigo sobre a competência cultural no campo clínico.

5 A *Medical Anthropology Quarterly* continuou como SMA (*Society for Medical Anthropology*) Newsletter e em 1987 transformou-se numa revista académica.

6 No início dos anos setenta, do século XX, A. Colson e K. Selby, afirmam que “O campo da antropologia médica continua a crescer rapidamente e há evidências de um elevado senso de identidade de grupo entre os seus membros” (Colson e Selby, 1974: 245). No começo dos anos oitenta, do século XX, exatamente em 1982, N.J. Chrisman e T. Maretzki, fazendo uma introdução a uma coletânea de textos de que foram editores, sustentavam que em menos de duas décadas de reconhecimento como área distinta dentro da antropologia, a antropologia médica assumiu um rumo independente e vigoroso de si própria (Chrisman e Maretzki, 1982-a: 1). No mesmo

jetória de construção quer da dimensão quer ainda da diversidade e a atualidade da antropologia médica. Abrindo com um artigo de William R. Rivers, de 1926, o livro termina com uma secção a que os autores chamam *realidades emergentes*, ou seja, novas biotecnologias, novas epidemias, novas formas de “desordens pós-coloniais”, novas formas de subjetividade (Good et al., 2010).

III. Tempos: da Ausência à Presença

3.1. História da ausência

Quando procuramos na história da antropologia um espaço específico da antropologia médica, notamos uma longa ausência. De facto, esta área de especialização é relativamente nova dentro da antropologia (Brown, Barrett e Padilla, 1998: 10), pois a sua história pode ser traçada a partir da Segunda Guerra Mundial (Singer e Baer, 2007: 17).

O processo de consolidação da antropologia médica prolongou-se ao longo da segunda metade do século XX, e podemos constatar as fragilidades na afirmação desta subdisciplina até aos anos setenta, do mesmo século. Reportando-se aos anos sessenta do século XX, Byron Good confessa que, na altura, “era um pouco embaraçoso ser considerado antropólogo médico” (Good, 1995: 4). Num texto recente, Arthur Kleinman põe a nu a situação da antropologia médica no início dos anos setenta: “Quando há quase 40 anos atrás, como jovem médico com catorze meses de experiência de trabalho de terreno em Taiwan, comecei a estudar antropologia em Harvard, a antropologia médica era quase tão marginal na antropologia como era na saúde pública e na medicina” (Kleinman, 2009: v). Um outro antropólogo importante neste campo, Allan Young, referindo-se particularmente aos anos setenta, sustenta que “a educação formal nos assuntos médicos em geral teve lugar fora do *curriculum* antropológico, se é que tinha mesmo lugar” (Young, 1982: 258)⁷.

Aliás, esta dificuldade de implantação da antropologia médica no seio da antropologia é bem evidente na sua ausência dos manuais gerais de antropologia cultural ao longo do período referido anteriormente. São exemplos os manuais de antropologia cultural como os de Misha Titiev (1985), E. Adamson Hoebel e Everett L. Frost (1984) ou de Marvin Harris (1990)⁸. Todavia, quando, particularmente a partir dos anos oitenta, a antropologia médica se foi consolidando, a doença e a saúde continuaram a não marcar presença expressiva nos manuais de antropologia geral, como se pode notar nas obras de Carol R. Ember e Melvin Ember (1997)⁹, Claude Rivière (2000), William A. Haviland e outros (2010) e Serena Nanda e Richard L. Warms (2010).

Esta ausência da antropologia médica dos manuais do presente pode ser associada à ausência do mesmo campo nos *primórdios* da antropologia. Quando analisamos os trabalhos de autores fundadores da antropologia temos dificuldade em encontrar de uma forma consistente, densa e com autonomia, os temas que vieram a fazer parte da antropologia médica, nomeadamente a doença e os sistemas médicos. Em trabalhos generalistas fundamentais no desenvolvimento da antropologia, como os de Franz Boas, Edward B. Tylor, Alfred R. Radcliffe-Brown e Bronislaw Malinowski, não encontramos um espaço específico

ano A. Young, fazendo uma revisão do trabalho realizado neste campo, apresentava uma longa e exaustiva enunciação de trabalho desenvolvido neste campo (Young, 1982).

7 A despeito destas expressões de ausência, deve salientar-se que a transição para os anos oitenta foi bastante importante para o desenvolvimento da antropologia médica, pois, como refere o próprio A. Young, em 1980 havia 20 universidades americanas que ofereciam programas graduados em antropologia médica, três quartos deles eram programas doutorais ou pós-doutorais (Young, 1982: 258).

8 Na obra, *Cultural Anthropology* (1983), de mais de setecentas páginas, M. Harris dedica duas páginas à doença, mas privada da sua dimensão social (Harris, 1990: 170-171).

9 Os Ember fazem uma breve referência à SIDA, no campo da antropologia aplicada (Ember e Ember, 1997: 439-441).

dedicado à doença e aos sistemas de cura¹⁰. Portanto, com a exceção de Rivers e Clements, “para a antropologia clássica os sistemas médicos não constituem uma realidade etnográfica da mesma ordem da religião, da economia ou do parentesco” (Martínez, 1996: 371). Aliás, é particularmente no campo da religião que a doença e os sistemas vão marginalmente surgindo.

De facto, o campo da religião parece ter sido durante muito tempo a casa das questões da doença e da saúde pois, como refere A. Martínez, “mais do que uma simples omissão nota-se uma curiosa assimilação da medicina nativa dentro de categorias mais estratégicas para a época como «religião», «magia» ou «crenças»” (Martínez, 1996: 371). Nos trabalhos referidos, nomeadamente os de Boas, Tylor e Malinowski, a doença emerge em espaços reservados para as dimensões mágico-religiosas. Esta proximidade subalterna está bem presente nas palavras de Malinowski: “a doença e a saúde ou a morte são também o resultado da magia ou da contra-magia” (Malinowski, 1932: 73); como está, de modo similar, no trabalho sobre os Azande realizado por Edward E. Evans-Pritchard, segundo o qual os Azande atribuem a doença, qualquer que seja a sua natureza, à bruxaria ou à feitiçaria (Evans-Pritchard, 1976: 439).

Nesta obra de Evans-Pritchard, bem como na *The forest of symbols – Aspects of Ndembu ritual* (1967) de Victor Turner (1999), é inegável que o campo da doença e dos processos de cura alargou bastante o seu espaço, autonomizando-se em capítulos¹¹. Todavia, como refere Allan Young, “os antropólogos, frequentemente, não os pensam como exemplos da antropologia médica, mas falam sobre eles como pertencendo às antropologias da religião, modos de pensar comparativos, bruxaria, ritual e símbolo, cultura e psicologia e por aí adiante” (Young, 1982: 259).

Em suma, “estamos perante uma antropologia para a qual não há doentes nem sistemas médicos que possam diferenciar-se da religião e da magia indígenas (...) não se produziram as condições para a emergência da antropologia da saúde” (Martínez, 1996: 371).

3.2. História da presença

Como já foi referido, apesar de a antropologia médica ser uma subdisciplina relativamente recente na paisagem antropológica, as suas raízes podem estender-se para momentos mais longínquos. De forma mais genérica, poderíamos salientar que quase todas as monografias etnológicas antigas contêm parágrafos consagrados à doença e à medicina dos povos estudados (Walter, 1981: 409). De uma forma mais específica, poderíamos invocar o nome de Rudolf Virchow, que se preocupava com as desigualdades sociais e o acesso à saúde, para quem “a medicina é uma ciência *social*” (Virchow, 2010), para além de ter influenciado Franz Boas; ou invocar o nome de John G. Bourke (1872), com o seu trabalho, “The medicine-men of the Apache”¹².

De uma forma mais genérica, poderíamos afirmar que “o interesse com questões relacionadas com a saúde no âmbito da antropologia data do início da disciplina como ciência social orientada para o terreno” (Singer e Baer, 2007: 13), sendo um marco fundamental a

10 Por exemplo na extensa obra editada, e em parte escrita, por F. Boas (1938), *General Anthropology*, não encontramos qualquer capítulo dedicado às questões da doença e da saúde. Também E. Tylor (1920-a [1871], 1920-b), na sua obra *Primitive Culture*, não reserva qualquer capítulo à doença e à saúde. Na obra, *Structure and Function in Primitive Society*, composta por um conjunto de textos escritos, principalmente, ao longo dos anos vinte e trinta do século XX, A. R. Radcliffe-Brown (1989) não dedica qualquer capítulo aos temas da saúde e da doença. B. Malinowski (1932), *Argonauts of the Western Pacific*, também não dedica qualquer capítulo às questões da doença e da saúde.

11 No caso da *The forest of symbols – Aspects of Ndembu ritual*, (1967), V. Turner (1999) dedica um capítulo à *medicina lunda e tratamento das doenças* e outro à *prática do médico ndembu*.

12 Neste trabalho J. Bourke aborda privilegiadamente a personalidade do *medicine-men*, a sua indumentária e os poderes que possuem e reivindicam (Bourke, 1872).

Expedição feita ao Estreito de Torres (1898). De uma forma mais específica, torna incontornável a invocação do nome W. R. Rivers, que participou na famosa Expedição. Deter-nos-emos, então, brevemente, não apenas sobre aquele que é, frequentemente, apontado como o fundador da antropologia médica, Rivers (Singer e Baer, 2007; Good et al., 2010), como também sobre outros dois nomes importantes no germinar da referida subdisciplina: Forrest E. Clements e Erwin H. Ackerknecht.

W. R. Rivers, médico-antropólogo, publicou, em 1924, uma obra precursora na história da antropologia médica, *Medicine, magic and religion*. Um dos contributos do seu trabalho para a antropologia médica foi ter conseguido fazer emergir a existência de uma lógica interna de crenças naquilo que era geralmente considerado um mar de crenças irracionais sobre saúde¹³. Rivers considerou que, apesar de segundo o ponto de vista Ocidental, as conceções de doença e práticas médicas de povos como os Papuas ou os Melanésios estivessem erradas, as causas da doença e as suas práticas médicas são uma consequência lógica das suas crenças, sendo portanto racionais (Rivers, 2001: 48 e ss.).

Por outro lado, reportando à etiologia da doença, não apenas para os primitivos mas também para os ocidentais, Rivers propôs três categorias: humana, espiritual ou sobrenatural e natural. Na primeira, acredita-se que a doença se deve diretamente à ação por parte de algum ser humano; na segunda, a doença deve-se à ação de algum ser espiritual ou sobrenatural, mais exatamente à ação de algum agente que não é humano, mas que é mais ou menos personificado; por fim, aquilo a que se chama normalmente, causas naturais (Rivers, 2001: 7 e ss.)

Saliente-se ainda que Rivers sustentava que a distinção entre a medicina primitiva (não Ocidental) e a biomedicina decorria do facto de a primeira se caracterizar pela íntima relação entre magia, religião e medicina enquanto a segunda, como é característica dos povos civilizados, distinguia estas três áreas e fundamentava-se em leis naturais e princípios científicos (Rivers, 2001: 51).

No seu artigo de 1932, “Primitive Concepts of Disease”, F. E. Clements apresenta uma tipologia universal das «crenças primitivas» acerca da etiologia das doenças: bruxaria; intrusão de um objeto; transgressão de um tabu; intrusão de um espírito; perda da alma. Citando mais de duzentas fontes, no geral etnográficas, este foi o primeiro estudo comparativo com abrangência mundial relativamente às crenças sobre a etiologia da doença (Castro e Farmer, 2007: 42). Todavia, esta abordagem de inspiração difusionista padece das críticas frequentemente endereçadas a esta perspetiva teórica, neste caso a não contextualização dos dados apresentados, notando-se aqui um retrocesso relativamente ao trabalho de Rivers. A par desta crítica podemos acrescentar uma outra associada à fragilidade da coerência lógica da construção das categorias. Se tivermos em conta que a *transgressão de um tabu* pode levar a *perda da alma*, então, neste caso, não temos duas causas, mas uma causa e um efeito.

Esta autonomia do estudo da doença e a sua consideração como fenómeno social encontra expressão também num conjunto de artigos de E. Ackerknecht (1985-a). Este pioneiro na renovação do interesse pelos estudos de etnomedicina, com as suas publicações desde 1930 até 1970 (Mitrani, 1982: 97), distingue, seguindo A. Schweitzer, a medicina primitiva da medicina ocidental; sendo a primeira fundamentalmente mágico-religiosa, utiliza alguns elementos racionais, enquanto a segunda é predominantemente racional ou científica, utilizando alguns elementos mágicos (Ackerknecht, 1985-c: 140). Uma outra distinção entre estas duas medicinas reside no papel social da medicina primitiva. Para Ackerknecht, esta caracteriza-se por desempenhar um papel social e por possuir um carácter holístico ou unitário que a medicina ocidental já perdeu (Ackerknecht, 1985-b: 21; 1985-c: 139).

13 A. Walter sustenta que quase todas as monografias antigas contêm parágrafos consagrados à doença e à medicina indígena, contudo estas crenças e práticas eram apresentadas como amálgama incoerente de superstições (Walter, 1981: 409).

De facto, esta dimensão social da medicina é particularmente importante para a antropologia médica. A despeito do etnocentrismo que atravessa as suas apreciações da medicina, Ackerknecht, entrevistado por H. H. Walser e H. M. Koelbing, salienta que ainda que a doença tenha uma base biológica, um desvio biológico, este só se transforma em doença quando a sociedade o considera como tal (Walser e Koelbing, 1985: 17). Efetivamente, para E. Ackerknecht, a medicina desempenha uma importante função de controlo social nas sociedades primitivas, pois “a doença converteu-se na mais importante sanção face aos comportamentos tidos como associáveis nas sociedades primitivas, cumprindo com pouco custo os serviços que na nossa sociedade realizam os tribunais, a polícia, a imprensa, os professores, os sacerdotes e o exército. O médico possui as chaves do controlo social” (Ackerknecht, 1985-d: 174-175).

O contributo destes autores foi profundamente importante, por um lado, para a descoberta da existência de uma medicina autóctone, pois até aos anos quarenta, cinquenta, os médicos negavam, quase totalmente, a sua existência e todo o seu interesse centrava-se nas plantas medicinais suscetíveis de encerrar em si quaisquer princípios farmacológicos ativos (Walter, 1981: 409); por outro, particularmente Rivers e Ackerknecht, para a definição do estudo da etnomedicina como objeto de estudo antropológico, como as outras instituições.

Mas a par destes contributos mais individuais, outros fatores contribuíram para o desenvolvimento da antropologia médica, sendo dois deles particularmente relevantes: o desenvolvimento dos estudos sobre cultura e personalidade e o desenvolvimento de programas de saúde pública.

A partir dos anos quarenta, do século XX, desenvolveram-se os estudos de *Cultura e Personalidade*, e os trabalhos de autoras como Ruth Benedict (s/d) e Margaret Mead (1963) foram um importante contributo para o desenvolvimento da antropologia médica. A valorização da especificidade cultural favoreceu os estudos intensivos da medicina indígena, permitindo o desenvolvimento da etnomedicina. A valorização das dimensões psicológicas da cultura fez emergir no panorama antropológico a discussão de questões como a universalidade dos critérios psiquiátricos de normalidade e anormalidade ou a importância da cultura na configuração da sintomatologia (Martínez, 1996: 371). A par disto, saliente-se o interesse que esta corrente manifestou por temas como o instinto, a esquizofrenia, a relação entre o normal e o patológico, o que favoreceu o desenvolvimento da etnopsiquiatria.

Desde a mesma década, do século XX, que os antropólogos têm ajudado os prestadores de cuidados de saúde a compreenderem as diferenças culturais relativamente aos comportamentos de saúde (McElroy, 1996), e a procurar encontrar soluções para os problemas de saúde¹⁴.

A presença dos antropólogos em organizações de saúde internacionais ficou a dever-se ao fracasso das primeiras campanhas internacionais de saúde pública, acima de tudo pela falta de sensibilidade cultural no que dizia respeito às práticas médicas das sociedades autóctones (Martínez, 1996: 371-372). O pressuposto de que a transposição dos modelos biomédicos, tecnologicamente avançados, seria apropriada para o desenvolvimento dos serviços de saúde de todos os países, o que levaria a que as pessoas em países em desenvolvimento abandonassem as suas práticas médicas e adotassem as novas¹⁵. Atendendo a isto, os primeiros participantes nos programas de *saúde internacional* diziam que a sua tarefa era simples: reproduzir os modelos americanos levaria a que as metas da saúde fossem alcan-

14 Note-se, contudo, que este compromisso se foi diluindo com o fim da Segunda Guerra Mundial, depois da qual os antropólogos americanos que trabalhavam em saúde e nutrição optaram por posições na academia ou em áreas da ocupação militar americana (Castro e Farmer, 2007: 43).

15 Vale a pena reforçar uma ideia subjacente a este tipo de programas no âmbito da saúde, segundo a qual a tecnologia iria resolver os problemas de subdesenvolvimento dos países pobres (Castro e Farmer, 2007: 43).

çadas (Foster, 2010: 395)¹⁶. Procurando colmatar esta *ingenuidade cultural*, que punha em causa a concretização dos programas de saúde internacional, os anos cinquenta e sessenta foram um período de crescente participação de antropólogos com profissionais de saúde pública em projetos delineados pela OMS e por outras organizações de saúde internacionais¹⁷.

A função dos *applied medical anthropologists*¹⁸ envolvidos nos programas de saúde pública destas organizações era de fazer sobressair as *barreiras culturais* presentes nas campanhas de promoção da saúde e conceber programas de saúde que fossem considerados culturalmente apropriados relativamente às populações autóctones (Castro e Farmer, 2007: 43). Nesta sua função de uma espécie de tradutor, os antropólogos teriam que conhecer etnograficamente o grupo e informar os profissionais de saúde das crenças relativas à saúde dos nativos, favorecendo a rápida aceitação, por parte destes, das conceções e práticas biomédicas.

Ainda que este trabalho dos antropólogos tenha certamente contribuído para a melhoria da qualidade da saúde das populações, bem como para o desenvolvimento dos estudos de etnomedicina¹⁹, não deixou de ser alvo de críticas, não na altura, pois a reflexão crítica sobre estes programas não era muita, mas mais tarde, quando os antropólogos que realizaram este tipo de trabalho foram criticados por serem ajudantes da biomedicina (Castro e Farmer, 2007: 43).

A crítica principal decorreu do facto da ideia central deste tipo de programas ser a de procurar fazer com que as populações mudassem os comportamentos de forma a melhorar a sua saúde²⁰, visto que os profissionais de saúde consideravam a resistência das populações como irracional, resultante da ignorância e da superstição (Castro e Farmer, 2007: 44). Este tipo de falha na análise e nos resultados foi contrariada por antropólogos como George Foster (1951) e Benjamin Paul (1990)²¹ que desenvolveram modelos socioculturais para compreender as cosmologias nativas e as perceções locais de saúde e cura (Castro e Farmer, 2007: 44).

Para terminar esta primeira fase da viagem pela emergência e desenvolvimento do campo em estudo é imprescindível fazer referência aos trabalhos de Caudill (1953), “Applied

16 Como adverte Foster, esta perspetiva não desapareceu completamente, mesmo nos anos setenta do século XX podia notar-se ainda a sua presença em programas de saúde internacional (Foster, 2010: 395).

17 Será importante salientar aqui o nome de Cora DuBois, que foi a primeira antropóloga a possuir uma posição formal numa organização internacional de saúde, quando foi contratada pela Organização Mundial de Saúde, em 1950, dois anos depois de ter sido criada esta Organização. Poucos anos depois, outros antropólogos passaram a fazer parte de relevantes organizações no campo da saúde, dos quais se podem salientar os nomes de Edward Wellin (Fundação Rockefeller Foundation), Benjamin Paul (Escola de Saúde Pública de Harvard) e George Foster (Instituto para os Assuntos Inter-Americanos), entre outros. Note-se, todavia, que outro conjunto de antropólogos se envolveu em esforços para facilitar a prestação de cuidados biomédicos a pessoas de países desenvolvidos e de setores subdesenvolvidos de países com tecnologia avançada (Singer e Baer, 2007: 16-17).

18 Optou-se por não traduzir o termo *applied medical anthropologists* bem como todos aqueles que servem para denominar os antropólogos que trabalham no campo da medicina, particularmente pela confusão no que concerne às competências dos antropólogos, tornando-se ainda mais claro na tradução dos termos para português.

19 Veja-se, por exemplo, o minucioso trabalho de C. Frake (1961), “The Diagnosis of Disease among the Subanun of Mindanao”, sobre as doenças de pele entre os Subanun de Mindanao, nas Filipinas, que nos permite notar o lugar específico desta etnomedicina.

20 Como exemplos deste tipo de ações podem referir-se o furo de poços, as vacinações, as medicações e o controlo da natalidade.

21 Veja-se particularmente a obra editada por B. Paul, *Health, Culture and Community: Case Studies of Public Reactions to Health Programs* (1955) que contém diversos estudos de caso diretamente relacionados com a operacionalização de programas de saúde ao nível da comunidade, e que, como anuncia o B. Paul na introdução à obra, uns tiveram sucesso, outros falharam (Paul, 1990, p. 3). Esta obra manteve-se durante anos como o mais significativo modelo para médicos antropólogos que trabalhavam em programas internacionais de saúde pública (Good et al., 2010: 12).

Anthropology in Medicine” e Scotch (1963), “Medical Anthropology”, pois foram dois marcos importantes no desenvolvimento da antropologia médica. O primeiro identificou o campo e fez a primeira revisão daquilo que hoje se chama antropologia médica (Singer e Baer, 2007: 16). O segundo fez um balanço semelhante ao de Caudill e criou o termo *Medical Anthropology*, ainda que não o tenha definido realmente, pois a natureza do trabalho realizado pelos antropólogos era o único critério que servia para ligá-los ou não a esta nova disciplina (Walter, 1981: 411). Caudill constatou que os antropólogos estavam a realizar trabalhos pouco habituais como “ensinar profissionais de saúde ou a trabalhar em serviços de saúde pública” (Caudill, 1953: 771). Scotch constata o mesmo, salientando o crescente número de antropólogos a trabalhar nas estruturas médicas ou sobre problemas de saúde e doença (Scotch, 1963: 31).

Nos trabalhos que ambos os autores realizaram é evidente a separação entre a biomedicina e as outras medicinas, agrupadas na designação de etnomedicinas²². Desta divisão entre medicinas, apenas a etnomedicina está reservada para os estudos antropológicos. A biomedicina somente a partir dos anos setenta, do século XX, é que vai começar a tornar-se alvo do interesse antropológico. Até esta altura a antropologia médica dedicou-se ao estudo de *lugares distantes* – a etnomedicina –, a partir dos anos setenta começa a dedicar-se ao estudo de *lugares próximos* – a biomedicina.

IV. Lugares: do Distanciamento à Proximidade

4.1. Lugar distante

Antes do trabalho de Rivers (1924), depois deste e, mais acentuadamente a partir dos anos cinquenta, do século XX, a antropologia estuda a doença e os sistemas de cura, mas fá-lo em lugares geográficos e, sobretudo, culturalmente afastados do Ocidente²³. Este tipo de investigação está, naturalmente, em consonância com aquilo que foi a origem e o desenvolvimento inicial da antropologia. Foi nesta paisagem distante que a antropologia estudou a doença e os sistemas de cura de uma forma dominante até aos anos setenta, do século XX, e habitualmente dá-se o nome de *etnomedicina* a este tipo de pesquisas.

As abordagens dos antropólogos a estas medicinas de lugares distantes focalizavam-se, segundo Brown, Barrett e Padilla, em cinco grandes áreas específicas de pesquisa: a descrição etnográfica das práticas de cura; a comparação dos sistemas etnomédicos; os modelos explicativos da saúde e da doença; os comportamentos de procura de saúde; e a eficácia dos sistemas etnomédicos (Brown, Barrett e Padilla, 1998: 14).

Se, até ao início do século XX, as abordagens antropológicas sobre os sistemas médicos se circunscreviam às descrições etnográficas das sociedades exóticas não ocidentais, ao longo das décadas seguintes a classificação e o mapeamento das crenças e práticas foi-se expressando de uma forma cada vez mais transcultural, sendo um bom exemplo disso os *Human Relations Area Files* (Brown, Barrett e Padilla, 1998: 14).

Das análises comparativas realizadas sobre os sistemas etnomédicos é possível salientar que, de uma forma simplificada, eles se estruturam em três dimensões que se relacionam entre si: uma teoria da etiologia da doença; um método de diagnóstico baseado na teoria etiológica; e a prescrição de terapias apropriadas baseadas no diagnóstico (Brown, Barrett

22 W. Caudill dedica capítulos separados a estas duas medicinas, um à “Medicina primitiva nas sociedades tradicionais orais” e outro à “Medicina nas sociedades ocidentais actuais” (Caudill, 1953). N. Scotch divide o campo de estudo em três categorias principais, etnomedicina, epidemiologia e saúde pública, reservando um lugar particular para a primeira (Scotch, 1963).

23 P. Mitrani refere que a partir dos anos cinquenta, numerosos antropólogos americanos foram chamados a participar na implantação dos serviços de saúde modernos nos países em vias de desenvolvimento, particularmente no seio das comunidades rurais e indígenas. Este tipo de iniciativas constituiu um impulso importante para o desenvolvimento das pesquisas antropológicas no campo da saúde (Mitrani, 1982: 95).

e Padilla, 1998: 15). Talvez pudéssemos acrescentar a estes elementos a avaliação do tratamento. Contudo, como os próprios autores reconhecem, a estrutura que apresentam não serve apenas as medicinas de lugares distantes, mas serve também as medicinas de lugares próximos, a biomedicina.

No entanto, apesar dos desenvolvimentos importantes na década de setenta, nomeadamente com os trabalhos de Fabrega (1971, 1973 e 1977)²⁴ e Foster (1998)²⁵, a medicina ocidental manteve-se numa dimensão *acultural*, situando-se nas margens das abordagens antropológicas comparativas dos sistemas médicos. Efetivamente, o facto de não se ter em conta a dimensão cultural da biomedicina, que se prolongou ao longo dos anos setenta, do século XX, apresentava-se mais como uma *conveniência* do que como uma *evidência* resultante da sustentação em factos empíricos e certamente que os motivos para a sua exclusão podem ser diversificados. A par da dicotomia entre *as crenças médicas dos outros* (etnomedicinas) e *a nossa ciência médica* (biomedicina), circunscrevendo o campo de estudo antropológico às primeiras, podemos acrescentar, como refere Martínez, o facto de muitas investigações estarem dependentes de agências internacionais e dos interesses da medicina ocidental, o que dificultou não só a análise autocrítica, como também afetou acentuadamente a coerência e o nível teórico de estudos anteriores à década de setenta” (Martínez, 1996: 372).

4.2. Lugar próximo

Nos finais da década de setenta, do século XX, E. Wellin (1978), no âmbito de uma abordagem sobre aquilo que foi feito no campo da antropologia médica, apresenta um conjunto de pressupostos que serviram de pontos de consenso à volta dos quais se foi desenvolvendo esta área, aquilo a que ele chama “três generalizações empíricas”: 1 – “a *doença*, de alguma forma, é um facto universal da vida humana; ocorre em todos os tempos, lugares e sociedades conhecidas; 2 – “todas as sociedades desenvolveram *métodos* e atribuíram papéis, congruentes com os seus recursos e estruturas, para lidar e responder à *doença*”; 3 – “todas as sociedades desenvolveram um conjunto de crenças, cognições e percepções consistentes com a sua matriz cultural, para definir ou conscientizar a *doença*” (Wellin, 1998: 10). Dez anos mais tarde, Brown, Barrett e Padilla constataam que “todas as sociedades têm sistemas médicos que fornecem uma teoria da etiologia da *doença*, métodos para diagnosticar a enfermidade e prescrições e práticas para curar ou para efectuar um tratamento paliativo” (Brown, Barrett e Padilla, 1998: 14). Hoje, a antropologia médica está interessada não apenas numa única sociedade ou num sistema de cuidados de saúde, mas sim com as questões de saúde através de todo o mundo e mesmo ao longo do tempo (Singer e Baer, 2007: 11).

De facto, atualmente, qualquer investigação antropológica no campo da *doença* e da cura não exclui qualquer sistema de medicina ou considerar qualquer sistema como detentor do monopólio de verdade dos conhecimentos sobre as *doenças* e os processos de cura. Assim, pelo contrário, os *medical anthropologists* veem todos os sistemas de cuidados de saúde

24 O segundo dos artigos foi realizado em colaboração com P. K. Manning (Fabrega e Manning, 1973) e, tal como o terceiro (Fabrega, 1977), focaliza-se em pesquisas em comunidades de Chiapas, sudeste do México. Neste artigo, em que H. Fabrega procura conhecer a percepção de enfermidade e do seu tratamento entre dois grupos (ladinos e indígenas), o autor distingue a medicina popular (*folk medical care*) da biomedicina, sustentando que a primeira é um sistema que se baseia na moral e na causalidade social da *doença*, enquanto o sistema biomédico é científico e ocidental (Fabrega, 1977: 214).

25 Veja-se, particularmente, a proposta de Foster relativa à conceção dicotómica sobre a etiologia da *doença*, distinguindo entre *sistemas personalistas* (nestes a causa da *doença* decorre de um agente – humano, não humano ou sobrenatural) e *sistemas naturalistas* (nestes a *doença* é explicada de uma forma impessoal e sistémica, podendo a *doença* decorrer de elementos naturais como o vento, o frio, a humidade ou o desequilíbrio entre o indivíduo e o ambiente social). Mas, note-se também, que Foster restringe a sua proposta conceptual às sociedades não ocidentais (Foster, 1998).

como um produto cultural seja qual for o seu nível de eficácia de cura, sendo que a eficácia é definida dentro de uma tradição de cura particular (Singer e Baer, 2007: 11-12).

Mas, ao tomar em consideração a concepção da dimensão cultural da biomedicina, tal como todos os outros sistemas de cura, emergiram em termos de debate algumas fragilidades da biomedicina, expressas em diversas críticas. No fim dos anos setenta e principalmente a partir da década de oitenta, do século XX, as críticas à biomedicina puseram em causa que esta pudesse ser concebida como um padrão para a antropologia médica, mas apenas como um dos seus múltiplos objetos. A antropologia médica começou a realçar as dimensões históricas, sociais e culturais da doença e a valorizar as dimensões *profanas* da doença. Um exemplo profundamente significativo desta nova abordagem da antropologia médica é o trabalho de Arthur Kleinman (1981), *Patient and Healers in the Context of Culture*. A. Kleinman parte da concepção de cultura de Clifford Geertz (1997)²⁶ para mostrar que, tal como noutros campos, também na doença as percepções, as interpretações e as ações são culturalmente construídas. Assim, de forma diferenciada do modelo biomédico e da perspectiva de Parsons²⁷, A. Kleinman propõe-se desmontar o conceito de doença (*sickness*) em duas partes: *disease* e *illness*. “Por *disease* entendem-se as anomalias dos processos biológicos e/ou psicológicos – doença processo; por *illness* a experiência e significado psicossocial da doença – doença experiência” (Kleinman, 1981: 72)²⁸.

Antes de se apresentar o *Modelo Explicativo* da enfermidade de A. Kleinman, valerá a pena salientar que, para o autor, todas as atividades de cuidados em saúde são respostas socialmente organizadas frente às doenças e podem ser estudadas como um sistema cultural: o Sistema de Cuidados de Saúde (*Health Care System*). Este Sistema é composto por três setores que estão interligados e que se sobrepõem: o setor profissional (*Professional Sector of Health Care*), o setor tradicional (*Folk Sector of Health Care*) e o setor popular (*Popular Sector of Health Care*) (Kleinman, 1981: 49-60). Cada um destes setores veicula crenças e interpretações da doença e apresenta diferentes alternativas terapêuticas. O “setor profissional” compreende o conjunto de profissões organizadas legalmente e direcionadas para os cuidados de saúde, como é o caso, no Ocidente, da medicina científica ocidental – biomedicina. O “setor tradicional” abrange os especialistas em cuidados de saúde que não pertencem ao setor profissional e que se especializam em formas de cura sagradas ou seculares, ainda que ambas possam estar interligadas. Os curandeiros populares são um dos diversos exemplos dos referidos especialistas. No caso do “setor popular”, a família assume particular importância, pois é nesta que certos sinais e sintomas vão ser tomados como doença, vão emergir as crenças sobre a doença, vai ser avaliada a gravidade da doença e as estratégias a seguir para fazer face à mesma.

26 Para C. Geertz “a cultura consiste em estruturas de significação socialmente estabelecidas, em virtude das quais as pessoas fazem coisas como sinais de conspiração e aderem a estas, ou percebem insultos (...). [A cultura pode ser] entendida como sistemas de interação de signos interpretáveis (...). A cultura é um contexto dentro do qual se podem descrever todos os fenómenos de maneira inteligível” (Geertz, 1997: 26-27).

27 Parsons define doença como “um estado de perturbação no funcionamento ‘normal’ do indivíduo humano total, compreendendo o estado do organismo como sistema biológico e o estado dos seus ajustamentos pessoal e social. A doença define-se então em parte biologicamente e em parte socialmente. A participação no sistema social é sempre em potência relevante para o estado da doença, para a sua etiologia e para as condições de uma boa terapia, assim como para outras coisas” (Parsons, 1951: 431).

28 Note-se que quase uma década antes Fabrega tinha salientado as concepções multidimensionais da doença, distinguindo dois termos: *disease* e *illness*. A primeira situada numa perspectiva *etic* e vista como uma categoria biológica e a segunda situada numa perspectiva *emic* e vista como uma categoria cultural (Fabrega, 1971). Mais tarde, Allan Young (1982), vai reformular esta terminologia, na qual *disease*, refere-se a uma entidade nosológica reconhecida pela biomedicina, *sickness* refere-se ao estado de doença socialmente reconhecido e *illness* designa a experiência subjetiva da doença.

Relativamente ao *Modelo Explicativo* da enfermidade, Kleinman define-o como “as noções sobre um episódio de doença e seu tratamento que são usadas por todos aqueles que estão envolvidos no processo clínico” (1981: 105), ou seja, médicos e pacientes, e as famílias destes. Estes modelos, acrescenta o autor, “servem para oferecer explicações sobre a doença e o tratamento que orienta a escolha entre as terapias e os terapeutas disponíveis, como também para elaborar o significado pessoal e social da experiência da doença” (1981: 105). O estudo de ambos os modelos permite diminuir os problemas de comunicação entre médicos e pacientes. Quanto à estrutura dos modelos assenta em cinco aspetos básicos: “1 – etiologia; 2 – tempo (duração) e modo de aparecimento de sintomas; 3 – fisiopatologia; 4 – curso da doença e grau de severidade da mesma (aguda, crónica ou debilidade); 5 – tratamento” (Kleinman, 1981: 105).

Este trabalho de Kleinman é um marco significativo do quanto o campo de investigação, produção escrita e atividade da antropologia médica se transformou desde as primeiras revisões de Caudill (1953) e Scotch (1963), bem como das de Fabrega (1971) e Colson e Selby (1974). Como nota Allan Young (1982), numa revisão na década seguinte, a abrangência e dimensão das publicações ao longo da década de setenta foi enorme: coleções especializadas, antologias compreensivas, trabalhos teóricos, etnografias médicas, estudos de larga escala, manuais, entre outros tipos de publicações (Young, 1982: 257).

Note-se, porém, que este desenvolvimento foi particularmente evidente nos Estados Unidos. No início dos anos oitenta do século XX, e com o distanciamento de um oceano, Philippe Mitrani²⁹ afirmava que, naquele momento, a antropologia médica era uma disciplina bem estabelecida, ao nível académico, do outro lado do Atlântico (Mitrani, 1982: 95).

Segundo A. Young, toda esta expressão de interesse dos antropólogos nos assuntos da saúde e da medicina decorreu, no caso americano, de motivos fortes como as novas oportunidades profissionais e apoio económico para cientistas sociais que se dedicassem a assuntos de interesse médico, bem como da crescente insatisfação com o reducionismo biológico (Young, 1982: 258). As consequências do investimento da antropologia no campo da saúde não levaram apenas ao desenvolvimento da antropologia médica, mas também à diversidade de abordagens no seu interior, como se pode notar pelas várias designações que lhe foram atribuídas.

V. Nomes: da Medicina à Doença

Diferentes autores propõem diferentes classificações dos subcampos da antropologia médica. Por exemplo, A. McElroy sustenta que as três principais orientações desenvolvidas na antropologia médica desde meados de 1960 foram: Ecologia Médica (*Medical Ecology*)³⁰, Etnomedicina (*Ethnomedical Analysis*) e Antropologia Médica Aplicada (*Applied Medical Anthropology*) (McElroy, 1996: 759). Nesta tríade, a antropologia cultural está mais próxima da etnomedicina, embora a autora reconheça que o termo ‘medical anthropology’ prevaleceu, representando uma diversidade de orientações (McElroy, 1996: 756-759). Brown, Barrett e Padilla apresentam cinco aproximações básicas à antropologia médica, com interceções com a proposta anterior: 1 - biológica³¹; 2 - ecológica; 3 - etnomédica; 4-

29 Esta referência foi feita na sequência de uma Mesa Redonda realizada, sob os auspícios do Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS), em 1980, dedicada às relações entre investigações sobre saúde e ciências sociais, no qual participaram vinte e cinco especialistas franceses.

30 A. McElroy sustenta que a ecologia médica assenta na conceção de que as populações são unidades biológicas, bem como culturais, e estuda a interação entre os sistemas ecológicos, saúde e evolução humana, privilegiando conceitos como *adaptação, alterações, modificações e variações que aumentem possibilidades de sobrevivência, sucesso reprodutivo e bem-estar geral num ambiente* (McElroy, 1996: 759-760).

31 Brown, Barrett e Padilla realçam a importância da Antropologia Médica Biológica, afirmando que “muitos contributos dos *biological anthropologists* ajudaram a explicar as rela-

crítica; 5 - aplicada (Brown, Barrett e Padilla, 1998). Enquanto as duas primeiras “focam a sua atenção nas interações entre os seres humanos e o seu ambiente, a partir da perspectiva biossocial, isto é, com um focus nas interações entre questões biológicas e de saúde e factores socioeconómicos e demográficos” (Brown, Barrett e Padilla, 1998: 11-12); as restantes enfatizam a influência da cultura (os padrões de pensamento e comportamento característicos do grupo) (Brown, Barrett e Padilla, 1998: 12). Ora, não será nas orientações *biológicas* mas sim nas orientações *socioculturais* (Young, 1982), que vamos fazer incidir a nossa atenção, ou seja, na *Clinically Applied Anthropology* (Antropologia Aplicada à Clínica) e na *Critical Medical Anthropology* (Antropologia Crítica da Medicina), às quais acrescentaremos uma dimensão por vezes esquecida, a antropologia da doença.

5.1. Antropologia aplicada à clínica

A *antropologia aplicada à clínica* (*clinically applied anthropology*), como se depreende da própria designação, é uma expressão da antropologia aplicada, na qual se procura aplicar as teorias e os métodos antropológicos a situações clínicas específicas. Nesta perspetiva salienta-se a sua “orientação culturalista, interpretativa e/ou fenomenológica que estuda a enfermidade e os sistemas médicos destacando-se sobretudo o jogo de especificidades/diversidades culturais³²” (Martínez, 1996: 375).

O termo *clinical anthropology* foi utilizado pela primeira vez, aproximadamente, em 1979, e permitiu circunscrever e identificar dois campos de ação: por um lado, aplicava-se aos antropólogos que desenvolviam pesquisas de etnomedicina no Ocidente, por oposição àqueles que trabalhavam em sociedades em desenvolvimento; por outro, para dar nome aos *medical anthropologists* que trabalhavam em escolas de ciências da saúde, distinguindo-os assim daqueles que trabalhavam nos departamentos académicos de antropologia (Johnson, 1996: 206). De facto, a partir dos anos setenta, nos Estados Unidos, muitos antropólogos começaram a colaborar na formação de profissionais de saúde, em escolas de saúde e outros profissionais com proximidade com a saúde. Antropólogos como Chrisman e Johnson (1990) afirmam que ensinavam enfermeiros e médicos em diferentes níveis de graduação, bem como outros profissionais de saúde, como assistentes sociais e terapeutas ocupacionais (Chrisman e Johnson, 1990: 111). A necessidade dos contributos dos antropólogos para a formação destes profissionais resultou de movimentos sociais exteriores à biomedicina como os direitos civis, étnicos e dos consumidores, bem como de movimentos feministas (Chrisman and Maretzki, 1982-c: 3).

O campo de ação da *clinically applied anthropology* encontra-se em dois grandes domínios: a *antropologia aplicada a situações clínicas* (por exemplo, hospitais³³) e a *antropologia aplicada em programas de saúde pública* (Brown, Barrett e Padilla, 1998: 16). O primeiro “focaliza-se nos cuidados de saúde, dentro dos espaços biomédicos e analisa os efeitos dos factores culturais e socio-económicos na interação médico-doente, adesão ao tratamento e experiência da cura” (Brown, Barrett e Padilla, 1998: 16). Diversos estudos têm mostrado a importância dos *modelos explicativos* para uma maior sensibilidade cultu-

ções entre os processos evolutivos, as variações genéticas humanas e os diferentes caminhos através dos quais os humanos são por vezes susceptíveis e outras vezes resistentes à doença e a outras situações de stress ambiental” (Brown, Barrett e Padilla, 1998: 12).

32 A preocupação com a diversidade cultural em situações clínicas está bem presente no trabalho de M. Clark (1983), “Cultural Context of Medical Practice”. A autora abre o artigo mostrando a dimensão das minorias étnicas que vivem na parte Ocidental dos Estados Unidos, para em seguida propor-se estudar os problemas decorrentes da disparidade entre os *backgrounds* culturais dos pacientes e dos médicos.

33 Relativamente às abordagens antropológicas ao hospital, veja-se particularmente o trabalho de A. Vega (2000) que, num trabalho bastante original, estuda o serviço de neurologia de um hospital francês, privilegiando o campo de atuação da enfermagem.

ral, que visa apresentar-se como um facilitador da comunicação entre médicos e doentes, tornando-se ainda mais importante quando o hiato cultural entre ambos é maior, e traduzindo-se numa melhoria dos cuidados de saúde. (Chrisman e Marezki, 1982-a; Helman, 2003; Kleinman, 1981; Kleinman, Eisenberg e Good, 1978).

O segundo domínio concentra-se na construção de políticas de saúde pública, programas de desenvolvimento e intervenção, devendo notar-se que as intervenções antropológicas no campo da saúde pública vão desde a interpretação das tendências da doença até à conceção, implementação e avaliação de programas (Brown, Barrett e Padilla, 1998: 17). Como exemplos de campos de intervenção, podem salientar-se os programas de saúde materna e infantil; programas de planeamento e avaliação em hospitais psiquiátricos; projetos de prevenção da SIDA (McElroy, 1996: 761).³⁴

Para além desta maior ou menor abertura do campo da *clinically applied anthropology*, este também não é um campo homogéneo. Seguindo a proposta de A. Martínez, podemos adotar perspetivas mais culturalistas nas quais se defende “uma aproximação interpretativa da enfermidade a partir de sólidas fontes teóricas como a hermenêutica e a fenomenologia europeias” e “uma posição muito crítica relativamente a determinados aspectos da biomedicina, como o excesso de universalismo e empirismo que anula o sentido autóctone (*emic*) da aflição” (Martínez, 1996: 376); e perspetivas mais pragmáticas, nas quais os autores utilizam argumentos interpretativos e aplicam modelos como a análise de redes ou conceitos parsonianos como o «papel do doente», em função da necessidade do que querem que seja aplicado³⁵ (Martínez, 1996: 376).

5.2. Antropologia crítica da medicina

A designação *antropologia crítica da medicina* (*critical medical anthropology*) foi apresentada pela primeira vez por Hans Baer e Merrill Singer, numa comunicação apresentada em 1982, num encontro da *American Anthropological Association* (Baer, Singer e Susser, 2004: 37). A *Critical Medical Anthropology* emergiu ao longo dos anos oitenta e noventa num período de intenso debate em torno das teorias críticas (ex. pós-modernismo, desconstrutivismo) não apenas na antropologia, mas nas humanidades, e que afetaram também a antropologia médica (Brown, Barrett e Padilla, 1998: 15). Mais uma vez, estamos perante um subgrupo da antropologia médica que não se reveste de homogeneidade, e do qual se propõem fazer emergir duas dimensões particulares: a ampliação das abordagens da doença e dos sistemas de saúde até um nível macro e a crítica à biomedicina.

A primeira dimensão crítica assenta no facto de ter havido na antropologia médica uma tendência para a focalização da doença ao nível dos sistemas de cuidados de saúde locais. Apesar de a *antropologia crítica da medicina* não se opor às investigações sobre relações sociais em pequenas comunidades, visto considerar isso uma componente essencial neste campo da antropologia, defende que essas investigações devem ser conduzidas reconhecendo que a doença e o seu tratamento ocorrem dentro de um contexto, designado por Immanuel Wallerstein como *sistema mundo capitalista* (Baer, Singer e Susser, 2004: 37), tornando-se, portanto, fundamental contemplar o contexto político e económico para explicar os fenómenos associados à doença e aos sistemas de cuidados de saúde. Partindo da abordagem focalizada neste *macronível de economia política* (Singer, 1995), a *antropologia crítica da medicina* procura “examinar como é que as representações da doença servem

34 Neste campo de intervenção é incontornável salientar a recente, alargada e valiosa obra, editada por R. Hahn e M. Inhorn, que reúne mais de duas dezenas de artigos que se reportam a temáticas situadas em diferentes momentos das abordagens antropológicas ao campo da saúde pública, como a compreensão, o planeamento, as avaliações e as críticas às políticas implantadas nesta área (Hahn e Inhorn, 2009).

35 Como exemplos de uma e outra perspetiva, veja-se, no primeiro caso, o trabalho de A. Kleinman e J. Kleinman (1995) e, no segundo o trabalho de Chrisman e Johnson (1990).

para representar ou deturpar as relações dentro da sociedade; identificar e expor as forças estruturais que enfraquecem a saúde dos pobres e dos grupos marginalizados; documentar como crescem as desigualdades sociais entre os países e dentro de cada país³⁶” (Castro e Farmer, 2007: 48).

A segunda dimensão crítica situa-se em torno do estatuto epistemológico da biomedicina. A investigação antropológica relativamente à biomedicina serviu como ponto de partida apropriado para o desenvolvimento da *antropologia crítica da medicina* (Baer, Singer e Susser, 2004: 38), levando alguns *medical anthropologists*, influenciados pelos trabalhos de pensadores como Michel Foucault³⁷, a desafiar o pressuposto da antropologia médica de que a biomedicina Ocidental é empírica, governada pelas leis da ciência, que não é influenciada pelas suas próprias premissas culturais³⁸ (Brown, Barrett e Padilla, 1998: 16) e a proporem a análise crítica da biomedicina, considerando-a como instrumento de poder e de controlo social utilizado pelo sistema capitalista (Martínez, 1996: 375).

5.3. Antropologia da doença

Uma outra designação da antropologia médica é a de *antropologia da doença* (*anthropologie de la maladie*). Contudo, esta última parece estar mais afastada da primeira do que o Oceano que as separa geograficamente. O que se pretende dizer com isto é que não é muito frequente notarmos a presença desta designação nem dos autores a ela filiados nas revisões da literatura sobre as abordagens antropológicas à doença e à saúde feitas por autores americanos³⁹. Talvez possa ser argumentado o facto deste campo de estudo ser relativamente recente em França, situando-se nos anos 80 do século XX, (Fainzang, 2007; Thomas, 1991), ainda que com raízes anteriores⁴⁰. Talvez possam ser as características da antropologia da doença que a afastam da antropologia médica. Segundo Martínez, as principais características da antropologia da doença francesa são: predomínio de África como área etnográfica; interesse por temáticas como os itinerários terapêuticos e as representações do corpo; combinação da descrição etnográfica com teorias de «altos voos» como o estruturalismo, o marxismo ou a psicanálise (Martínez, 1996: 377).

Todavia, a proposta encabeçada, primordialmente, por Marc Augé (1986; 1994), de deslocação da antropologia da *medicina* para a *doença* não foi apenas uma transformação semântica mas foi também uma mudança de perspectiva que se serviu da crítica à antropologia médica para construir a sua própria identidade centrada na doença⁴¹.

36 Sobre as relações entre desigualdades sociais e doença veja-se, por exemplo, o artigo de P. Famer (1998), *Social Inequalities and Emerging Infectious Diseases*.

37 Vejam-se, particularmente, a obra, *Naissance de la clinique* (Foucault, 2004) e o artigo, “O nascimento do hospital” (Foucault, 2002).

38 Saliente-se, como exemplo, a já referida crítica apresentada por N. Scheper-Huges e M. Lock (1987) relativamente à divisão cartesiana entre corpo e mente dominante na biomedicina, bem como a conceção tripartida do corpo que apresentam: *corpo individual*, *corpo social* e *corpo político*.

39 Por exemplo, em 1998, na apresentação do campo da antropologia médica, que serve de introdução à obra de grande dimensão para a área em causa, P. Brown, R. Barrett e M. Padilla (1998) não fazem qualquer referência a autores franceses nem a obras nessa língua, excetuando uma referência bibliográfica a M. Foucault. Passados quase dez anos, Foucault, a par de uma autora brasileira, são as duas únicas exceções à literatura e aos autores de língua inglesa, nas referências bibliográficas efetuadas por M. Singer e H. Baer (2007), noutra obra de introdução à antropologia médica, *Introducing Medical Anthropology - A Discipline in Action*.

40 Note-se, por exemplo, os trabalhos de G. Devereux, nomeadamente, *Essais d’Ethnopsychiatrie Generale* (1973).

41 O trabalho de S. Fainzang (2007) ilustra bem os desenvolvimentos deste campo da antropologia em França. Saliente-se, porém, a exclusão de F. Laplantine (1991) que, em 1986, elaborou um denso trabalho exatamente intitulado, *Anthropologie de la Maladie*, no qual se propõe estudar as formas elementares da doença e da cura. Aliás, Laplantine já antes tinha desenvolvido trabalho no campo da saúde, como se poder ver na obra, *L’Éth-*

As críticas à antropologia médica passam, em primeira instância, por aproximá-la da antropologia médica aplicada. Podemos notar isto mesmo na caracterização que Silvie Fainzang faz da antropologia médica, afirmando que esta utiliza o conhecimento dos factos culturais para evidenciar as causas, as características e as consequências das doenças bem como o comportamento dos doentes (por exemplo, compreender as razões culturais da não observância), o que servirá para rentabilizar os programas médicos ocidentais, contribuindo também para o enriquecimento da investigação médica (Fainzang, 2000: 5). Dando continuidade à corrente crítica, M. Augé salienta que o termo *medical anthropology*, da forma como foi utilizado pelos investigadores americanos, se reveste sobretudo de um interesse, de uma certa forma, administrativo e estratégico, pois com a mesma designação propiciaria a obtenção de créditos para investigações com finalidades intelectuais diferentes e que teriam apenas em comum o seu objeto empírico circunstancial, desde que fosse definido livremente (Augé, 1986: 81-82).

Por seu turno, na antropologia da doença a perspectiva é inversa, pois os problemas colocados no domínio da antropologia social e cultural encontram nas investigações realizadas no âmbito da antropologia médica um terreno de reflexão privilegiada, o que faz com que, ao invés de considerar a construção de uma nova disciplina ou subdisciplina, a antropologia da doença considera a doença como “um domínio da antropologia social” (Fainzang, 2000: 5). Para Augé, esta conceção pode servir para aperfeiçoar ou renovar a problemática antropológica principalmente por dois motivos: “não existe sociedade ou doença que não tenha uma dimensão social e, deste ponto de vista, a doença é a mais íntima e a mais individual das realidades, fornecendo-nos um exemplo concreto da ligação intelectual entre a percepção individual e a simbólica social; quanto à percepção da doença e da sua cura, ela não pode satisfazer-se nem através do recurso arbitrário à imaginação nem através de uma simples coerência intelectual ou através do efeito da representação: ela está ancorada na realidade do corpo que sofre” (Augé, 1986: 82).

Na perspectiva de M. Augé, o sofrimento do corpo não se fecha na biologia do mesmo, mas existe uma mesma lógica que comanda a “ordem biológica” e a “ordem social” (Augé, 1994). A perspectiva de Augé, baseada em estudos de caso na Costa do Marfim e no Sul do Togo, está bem expressa na sua hipótese de trabalho: “uma mesma lógica intelectual comanda a ordenação biológica e a ordenação social, existe alguma forma, numa dada sociedade, uma única grelha de interpretação do mundo que se aplica tanto ao corpo individual como às instituições sociais, mais exactamente, se essa lógica existe, ela é a mesma que procede da constituição do corpo e da instituição do social” (Augé, 1994: 35-36).

Estas propostas da *antropologia da doença* tiveram, pelo menos, o mérito de contribuir para que a doença devesse ser vista como um meio, tal como o religioso ou o político, para aceder à compreensão e ao conhecimento das sociedades (Fainzang, 2000: 6). Contudo, não foi suficiente para que a *antropologia da doença* tivesse tido o eco desejado, e tão pouco conseguiu impor-se internacionalmente (particularmente nos Estados Unidos), continuando a antropologia médica a ser a expressão mais utilizada, mesmo para fazer referência aos trabalhos de M. Augé (Fainzang, 2000).

Muito provavelmente, também será esse o destino esperado para a proposta que fazemos em seguida: designar o campo em estudo como *antropologia da saúde*. Contudo, fazemo-lo na convicção da coerência dos argumentos a apresentar e na esperança de contribuir para o adensar de discussão em torno das abordagens antropológicas ao campo da saúde.

VI. Conclusão: chegar à *Antropologia da Saúde*

Depois de termos partido pelos mares da antropologia médica, depois de termos visitado alguns *portos de abrigo*, como a antropologia médica aplicada, a antropologia crí-

tica da medicina e a antropologia da doença, encontramos no *porto de chegada* a que propomos chamar *Antropologia da Saúde*. Esta designação não é nova, encontrámo-la em alguns trabalhos, particularmente de antropólogos de língua francesa, umas vezes cumulativamente com a doença, *antropologia da saúde e da doença* (Baer, Singer e Susser, 2004: vii) outras vezes depurada da doença (Fainzang, 2007; Fassin, 2000; Massé, 2007 e 2010; Moulin, 2010; Raynaut, 2001, 2006)⁴². Numa obra coletiva que procura dar a conhecer os desenvolvimentos da antropologia médica, note-se antropologia médica, em diversos países (Saillant e Genest, 2007), Silvie Fainzang abre o seu texto propondo-se apresentar como é que a *antropologia da saúde*⁴³ se desenvolveu em França (Fainzang, 2007: 89). Na mesma obra, num artigo denominado “The Anthropology of Health in Québec: Toward Blending of Approaches and Methods”, reportando-se à antropologia médica no Canadá (especificamente sobre o Quebec), Raymond Massé inicia o texto afirmando que “A *antropologia da saúde*⁴⁴ ocupa um lugar especial dentro da antropologia do Quebec” (Massé, 2007: 23).

Esta nova designação surge principalmente pela estreiteza das principais designações anteriores, antropologia médica e antropologia da doença, que desenham fronteiras nebulosas deixando nas margens aquilo que deveria ser central: a saúde.

A denominação de antropologia médica, para além de fazer gravitar o campo de estudo em torno da medicina, pode conduzir a conceções ambíguas da área (ramo da antropologia ou ramo da medicina) e levar ao mal-entendido de se considerar a antropologia médica como um subcampo das ciências médicas, situando a antropologia à margem da integralidade do seu campo autónomo de saber, sofrendo uma espécie de colonização da medicina. Aliás, a própria designação dos profissionais que trabalham nesta área, *antropólogos médicos*, faz pensar que estamos perante investigadores que são simultaneamente antropólogos e médicos, ou mais do que isso, fazer desta dupla formação um imperativo das abordagens antropológicas ao campo da saúde, podemos ainda ir mais longe, com a obrigatoriedade de formação em antropologia ser precedida da formação em medicina. De facto, Rivers foi o primeiro de muitos médicos que se tornaram antropólogos, alguns dos quais também bastante relevantes neste campo antropológico, como B. Good, P. Farmer, A. Kleinman entre outros. Se podemos constatar que a formação antropológica não confere competências legais, éticas ou de supervisão para intervir nos cuidados aos pacientes (Chrisman and Maretzki, 1982-b: vi), também é inquestionável que esta intervenção não se inscreve no campo de ação da antropologia da saúde. A despeito das mais-valias da assimilação de outros saberes formais ou informais no campo da saúde (medicina, enfermagem, entre outros), sendo a antropologia da saúde, como se propõe, um campo da antropologia, então unicamente a formação em antropologia é imprescindível nas investigações no campo em causa.

Relativamente à designação de *antropologia da doença*, apesar de marcar o corte desejável com a medicina e de se situar claramente dentro da antropologia, ela pode expressar um corte cientificamente criticável com campos contíguos e permeáveis à doença, ao não contemplar a saúde.

A proposta que aqui se faz de conceber o presente campo de estudo como antropologia da saúde procura revestir-se de abrangência, de amplitude e comunicabilidade, não pretendendo construir-se através de ruturas absolutas com o passado pelo que, depurados das críticas apontadas, considera como valiosos os contributos da antropologia médica aplicada, da antropologia crítica da medicina e da antropologia da doença. Todavia, ao conceber as raízes históricas deste subcampo específico do saber como pilares fundamentais, não se procura a construção de novos ramos de saberes específicos, mas principalmente a construção

42 Contudo, apesar do termo *antropologia da saúde* ter ganho gradualmente popularidade nunca ocupou completamente o lugar da antropologia médica (Fainzang, 2007: 90).

43 Ênfase meu.

44 Ênfase meu.

de perspectivas holísticas que ao invés de afunilar se abram, contemplando os vários ramos para a construção de novas propostas de aproximação ao mesmo objeto de estudo.

Por vezes, a ferocidade das críticas aos contributos de alguns autores que construíram o passado de um campo disciplinar faz ocultar a importância das ideias relativamente às quais foram construídas as críticas, bem como o desenvolvimento do campo científico. Na presente proposta de antropologia da saúde, as críticas que possam ser feitas a autores fundadores deste campo, como Rivers ou Ackerknecht, devem ser temperadas pelo reconhecimento do contributo que eles trouxeram ao *alicerçamento* do edifício da antropologia da saúde. No caso dos autores referidos, para além do impulso inicial para a autonomização deste campo do saber, não deve ser esquecida, particularmente, a dimensão social e holística que conferiram à doença, nem tão pouco a afirmação de Rivers, em 1926, de que “a medicina é uma instituição social” (Rivers, 2010: 17).

Para além deste compromisso com o passado, “«a antropologia da saúde» expressa o seu apoio para o projecto da antropologia social em estudar as mudanças económicas, sociais e culturais que afectam as sociedades” (Fainzang, 2007: 90), bem como “transmite a sua vontade de desempenhar um papel activo nos debates e nas acções relativamente ao desenvolvimento do Terceiro Mundo” (Fainzang, 2007: 90). Saliente-se ainda que alguns investigadores defendem uma interpretação mais social e política das bases de relacionamento entre saúde e indivíduos ou grupos (Fainzang, 2007: 90-91). Para Fassin, a antropologia da saúde distingue-se das abordagens tradicionais da antropologia médica, pois a primeira não pode ser apreendida sem uma leitura histórica e política (Fassin, 2000: 97), atendendo à dimensão singular da saúde, esta antropologia deve ser definida como “a relação entre o ser físico e psíquico de um lado e o mundo social e político do outro. Isto quer dizer que ela [saúde] é simultaneamente outra coisa e bem mais do que o inverso da doença, à qual a relacionamos frequentemente, ou a ideia de bem-estar global que as instituições sanitárias asseguram a promoção (Fassin, 2000: 96).

A esta diacronia temporal, podemos acrescentar uma vertente mais sincrónica, que permita que a antropologia da saúde possa ir mais além do que a antropologia da doença e a antropologia médica, que se focalizam no “estudo dos cuidados sociais das desordens biológicas, fontes de sofrimento e infortúnio” (Raynaut, 2006: 149). Para Raynaut a singularidade e o enriquecimento da antropologia da saúde decorre do facto do *interface* de dois eixos de polarização: o primeiro eixo, na análise dos factos sociais, vai do individual ao coletivo (Raynaut, 2001 e 2006), denunciando-se aqui o contributo de M. Augé que qualifica a doença como a mais individual e social dos fenómenos (Augé, 1994: 36). No segundo eixo, na observação do campo real, vai do material ao ideal (Raynaut, 2001 e 2006)⁴⁵, talvez seja neste ideal que podemos situar a definição de saúde proposta pela Organização Mundial de Saúde, segundo a qual “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (1946: 1). Talvez possamos associar um terceiro eixo que tem como balizas dois polos situados nos extremos da vida humana: o nascimento e a morte. Esta dimensão permite pensar-se, por um lado, que a doença pode ser vista como uma espécie de diálogo entre a vida e a morte e, por outro, inscrever nesta linha que une estes polos não apenas a doença mas também temáticas presentes no ciclo de vida como a sexualidade, a alimentação, a velhice, as alterações corporais, através, por exemplo, da cirurgia estética e que nos fazem aproximar de uma perspectiva englobante que é a saúde. Portanto, esta proposta de antropologia da saúde contempla naturalmente o sofrimento e todas as suas narrativas, mas contempla a procura de saúde.

Desde logo, a centralidade antropológica na saúde, sugere que do mesmo modo que foi desmontado o conceito de doença se possa desmontar o conceito de saúde. Podemos então

45 Note-se aqui a ressalva de Raynaut ao advertir que apesar destes dois eixos se poderem aplicar a qualquer tipo de realidade, aplicam-se de forma pertinente aos problemas de saúde (Raynaut, 2006).

seguir Didier Fassin neste processo de desmontagem do conceito em três termos, *salus*, *sanitas* e *salubritas*, bem como as ilações que podem advir. *Salus* exprime o estado físico e moral, mas também a saúde entendida como a conservação dos bens e dos direitos; *sanitas* indica também o bom estado do corpo e do espírito, mas pode significar a razão, o bom senso, o bom gosto; *salubritas* junta ao bom estado de saúde, a ideia dos meios para assegurar a sua manutenção (Fassin, 2000: 100). Portanto, decorre daqui que a saúde não se reduz às dimensões corporais e médicas: ela encerra em si aspetos jurídicos, morais, intelectuais e tecnológicos, que o reducionismo sanitarista tende a escamotear (Fassin, 2000: 100).

Ora, principalmente nas sociedades ocidentais vigora de uma forma crescente uma procura incessante de saúde. Esta procura de saúde expressa-se de um modo amplo na promoção da saúde, e de um modo específico, por exemplo, na procura dos cuidados com o corpo, evidente nas dietas alimentares, na frequência de ginásios, spas ou termas ou nas mais diferentes estratégias de adiamento do envelhecimento, sejam elas farmacológicas ou cirúrgicas. Pela diversidade de lugares, pela diversidade de atores envolvidos e pela diversidade de estratégias nesta procura da saúde, torna-se imprescindível uma abordagem que, sendo realizada pela antropologia, contemple todas estas dimensões.

Por fim, a amplitude defendida para a antropologia da saúde deve também expressar-se noutros planos. Propõe-se que esta *antropologia da saúde* não encerre em si apenas o holismo, imprescindível para qualquer empresa antropológica, mas também a comunicabilidade e interdisciplinaridade. Como refere Geest, “os antropólogos adoram falar sobre diálogo, mas os seus diálogos são, frequentemente, ininteligíveis para os seus parceiros de discussão” (Geest, 2005: 18). Ora, a antropologia da saúde deve ser capaz de promover efetivamente essa comunicação dos seus desenvolvimentos, não apenas com aqueles que são o seu objeto de estudo, como também com os seus parceiros dos estudos antropológicos e com as instituições deste campo⁴⁶, promovendo um respeito cultural que possa favorecer a interdisciplinaridade e o enriquecimento das abordagens antropológicas à saúde.

Bibliografía

ACKERKNECHT, Erwin

1985-a *Medicina y antropología social*. Madrid: Akal.

1985-b “Medicina primitiva: aspectos característicos”. *Medicina y antropología social*: 19-30. Madrid: Akal.

1985-c “Diagnóstico y tratamientos naturales y sobrenaturales”. *Medicina y antropología social*: 139-166. Madrid: Akal.

1985-d “La función social de la medicina primitiva”. *Medicina y antropología social*: 173-177. Madrid: Akal.

AUGÉ, Marc

1986 “L’anthropologie de la maladie”, en *L’Homme*, tome 26, n°97-98: 81-90.

AUGÉ, Marc

1994 “Ordre biologique, ordre social: la maladie forme élémentaire de l’événement”. Augé, Marc; Herzlich, Claudine (Orgs.). *Le Sens du mal: Anthropologie, histoire, sociologie de*

46 Como exemplo da comunicação dos estudos realizados às instituições que acolhem o desenvolvimento dos trabalhos no campo da antropologia da saúde, veja-se o texto de E. Challinor, “Cidadania Médica, Culturas e Poder nos Cuidados Perinatais e Pediátricos de Imigrantes”, no qual a autora avança com o conceito de “health systems literacy” (Challinor, 2012). Esta antropóloga sustenta que a aplicação da sua proposta contribuiria para “promover a literacia dos sistemas de saúde e da linguagem biomedical”. A utilização do referido conceito encerra em si “o reconhecimento da relatividade cultural de noções e práticas de saúde e o reconhecimento das barreiras existentes no sistema que impedem o pleno exercício de cidadania médica dos imigrantes” (Challinor, 2012: 87). Apesar de E. Challinor se reportar à relação dos sistemas de saúde especificamente com imigrantes, decorrente do seu trabalho com mães Cabo-Verdianas, seguramente que sua proposta tem uma dimensão mais ampla, podendo contemplar também aqueles, não sendo imigrantes, também não partilham a cultura dominante nas instituições de saúde.

- la maladie*: 35-91. Paris: Éditions des archives contemporaines.
- BAER, Hans A.; SINGER, Merrill; SUSSER, Ida
2004 *Medical anthropology and the world system*. Westport: Praeger.
- BAUWENS, Eleanor E.
1978 *The anthropology of health*. Saint Louis: C. V. Mosby.
- BENEDICT, Ruth
s/d. *Padrões de cultura*. Lisboa: Livros do Brasil.
- BOAS, Franz (Edit.)
1938 *General anthropology*. New York: D. C. Health and Company.
- BOURKE, John Gregory
1872 “The medicine-men of the Apache”, in *Bureau of American Ethnology*. Annual Report: 596-603.
- BROWN, P. J. (Edit.)
1998 *Understanding and Applying Medical Anthropology*. Mountain View: Mayfield Publishing Company.
- BROWN, Peter J.; BARRETT, Ronald L.; PADILLA, Mark B.
1998 “Medical anthropology: an introduction to the fields”. Brown, P. J. (Edits.). *Understanding and Applying Medical Anthropology*: 10-19. Mountain View: Mayfield Publishing Company.
- CASTRO, Arachu; FARMER, Paul
2007 “Medical anthropology in United States”. Saillant, Francine; Genest, Serge (Edits.). *Medical Anthropology : Regional Perspectives and Shared Concerns*: 42-57. Oxford: Blackwell Publishing.
- CHALLINOR, Elizabeth
2012 “Cidadania Médica, Culturas e Poder nos Cuidados Perinatais e Pediátricos de Imigrantes”, em *Saúde e Sociedade*, Vol. 21, nº1: 76-88.
- CHRISMAN, Noel J.; MARETZKI, Thomas W.
1982-c “Anthropology in health science settings”. Chrisman, Noel J.; Maretzki, Thomas W. (Edits.). *Clinically Applied Anthropology: Anthropologists in Health Science Settings*: 1-31. Dordrecht: D. Reidel.
- CHRISMAN, Noel J.; MARETZKI, Thomas W.
1982-b “Preface”. Chrisman, Noel J.; Maretzki, Thomas W. (Edits.). *Clinically Applied Anthropology: Anthropologists in Health Science Settings*: vii-viii. Dordrecht: D. Reidel.
- CHRISMAN, Noel J.; MARETZKI, Thomas W. (Edits.)
1982-a *Clinically applied anthropology: anthropologists in health science settings*. Dordrecht: D. Reidel.
- CLARK, M. Margaret
1983 “Cultural context of medical practice”, in *Cross-cultural medicine*, 139: 806-810.
- CLEMENTS, F. E.
1932 “Primitive concepts of disease”, in *Publications in American Archeology and Ethnology*. 32 (2): 185-252.
- COLSON, A. C.; SELBY, K. F.
1974 “Medical anthropology”, in *Annual Review of Anthropology*: 245-262.
- DEVEREUX, George
1973 *Essais d'Ethnopsychiatrie Generale*. Paris: Gallimard.
- EMBER, Carol ; EMBER, Melvin
1997 *Antropología cultural*. Madrid: Prentice Hall.
- EVANS-PRITCHARD, Edward
1976 *Brujería, magia y oráculos entre los azande*. Barcelona: Anagrama.
- FABREGA, Horacio
1971 “Medical anthropology”, in *Biennial Review of Anthropology*, Vol. 7: 167-229.
- FABREGA, Horacio Jr.
1977 “Perceived illness and its treatment: A naturalistic study in social medicine”, in *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 31: 213-219.

- FABREGA, Horacio Jr.; MANNING, Peter K.
1973 "An Integrated theory of disease: Ladino-Mestizo views of disease in the Chiapas Highlands", in *Psychosomatic Medicine*, 35, 3: 223-239.
- FAINZANG, Sylvie
2000 "La maladie, un objet pour l'anthropologie sociale", en *Ethnologies Comparées*, 1: 1-11.
- FAINZANG, Sylvie
2007 "Medical anthropology in France: A Healthy Discipline". Saillant, Francine; Genest, Serge (Edits.). *Medical Anthropology: Regional Perspectives and Shared Concerns*: 89-102. Oxford: Blackwell Publishing.
- FARMER, Paul
1998 "Social inequalities and emerging infectious diseases". Brown, Peter (Edit.). *Understanding and Applying Medical Anthropology*: 98-107. Mountain View: Mayfield Publishing Company.
- FASSIN, Didier
2000 "Entre les politiques du vivant et politique de la vie: pour une anthropologie de la santé", en *Anthropologie et Sociétés*, 24 (1): 95-116.
- FOSTER, George
1998 "Disease etiologies in non-western medical systems". Brown, Peter J. (Edit.). *Understanding and Applying Medical Anthropology*: 110-117. Mountain View: Mayfield Publishing Company.
- 2010 "Medical anthropology and international health planning". Good, Byron J., et al. (Edits.). *A reader in medical anthropology: theoretical trajectories, emergent realities*: 394-404. Oxford: Wiley-Blackwell.
- FOSTER, George (Edit.)
1951 *A cross-cultural anthropological analysis of a technical aid program*. Washington: Smithsonian Institution.
- FOUCAULT, Michel
2002 "O nascimento do hospital". *Microfísica do Poder*: 99-111. Rio de Janeiro: Graal.
- 2004 *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- FRAKE, Charles O.
1961 "The diagnosis of disease among the Subanun of Mindanao", in *American Anthropologist, New Series*, Vol. 63, 1: 113-132.
- GEERTZ, Clifford
1997 "Descripción densa: hacia una teoría interpretativa de la cultura". *La interpretación de las culturas*: 19-40. Barcelona: Gedisa.
- GEEST, Sjaak van der
2005 "Introduction: ethnocentrism and medical anthropology". Geest, S.; Reis R. (Edits.). *Ethnocentrism: Reflections on Medical Anthropology*: 1-23. Amsterdam: Het Spinhuis Publishers.
- GOOD, Byron
1995 *Medicine, rationality, and experience: an anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- GOOD, Byron J. et al. (Edits.)
2010 *A reader in medical anthropology: theoretical trajectories, emergent realities*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- HAHN, Robert A.; INHORN, Marcia C., (Edits.)
2009 *Anthropology and public health: bridging differences in culture and society*. Nova Iorque: Oxford University Press.
- HARRIS, Marvin
1990 *Antropología cultural*. Madrid: Alianza Editorial.
- HAVILAND, William, et al.
2010 *Cultural anthropology: the human challenge*. Belmont: Wadsworth Publishing.
- HELMAN, Cecil G.
2003 *Cultura, saúde & doença*. Porto Alegre: Artmed.

- HOEBEL, E. Adamson; FROST, Everett L.
1984 *Antropología cultural e social*. São Paulo: Editora Cultrix.
- JOHNSON, Thomas M.
1996 "Clinical anthropology". Levinson, David; Ember, Melvin (Edits.). *Encyclopedia of Cultural Anthropology*: vol. 1, 206-209. New York: Henry Holt and Company.
- JOHNSON, Thomas M.; SARGENT, Carolyn F. (Edits.).
1990 "Medical anthropology: a handbook of theory and method". New York: Greenwood Press.
- KLEINMAN, A.; PETRYNA, A.
1996 "Health: anthropological aspects". Levinson, D.; Ember, M. (Edits.). *Encyclopedia of Cultural Anthropology*: Vol. 10, 6495-6499. New York: Henry Holt Company.
- KLEINMAN, Arthur
2009 "Foreword". Hahn, R.A.; Inhorn, M.C.. *Anthropology and Public Health: Bridging differences in culture and society*: v-viii. Nova Iorque: Oxford University Press.
- KLEINMAN, Arthur
1981 *Patient and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.
- KLEINMAN, Arthur; BENSON, Peter
2006 "Anthropology in the clinic: The problem of cultural competency and how to fix it", in *PLoS Med*, Vol. 3, Issue 10: 1673-1676.
- KLEINMAN, Arthur; EISENBERG, Leon; GOOD, Byron
1978 "Culture, illness and care: clinical lessons from anthropological and cross-cultural research", in *Annals of Internal Medicine*, 88: 251-258.
- KLEINMAN, Arthur; KLEINMAN, Joan
1995 "Suffering and its professional transformation: toward an ethnography of interpersonal experience". Kleinman, A.. *Writing at the Margin: Discourse between Anthropology and Medicine*: 95-119. Berkeley: University of California Press.
- LAPLANTINE, François
1973 *L'Éthnopsychiatrie*. Paris: Éditions Universitaires.
- 1991 *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes.
- MALINOWSKI, Bronislaw
1932 *Argonauts of the Western Pacific*. Londres: George Routledge & Sons, Ltd..
- MARTÍNEZ HERNÁEZ, Á.
1996 "Antropología de la salud: una aproximación genealógica". Prat, J.; Martínez, Á. (Edits.). *Ensayos de antropología cultural: Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat*: 369-381. Barcelona: Ariel.
- 2008 *Antropología médica: Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.
- MASSÉ, Raymond
2010 "Les nouveaux défis pour l'anthropologie de la santé", en *Anthropologie et santé*, 1. <http://anthropologiesante.revues.org/116> (20-04-2011).
- MASSÉ, Raymond
2007 "The Anthropology of Health in Québec: Toward a Blending of Approaches and Methods". Saillant, Francine; Genest, Serge (Edits.). *Medical Anthropology: Regional Perspectives and Shared Concerns*: 23-41. Oxford: Blackwell Publishing.
- McELROY, Ann
1996 "Medical anthropology". Levinson, D.; Ember, M. (Edits.). *Encyclopedia of Cultural Anthropology*: Vol. 3, 756-763. Nova Iorque: Henry Holt Company.
- MEAD, Margaret
1963 *Sex and temperament in three primitive societies*. Nova Iorque: William Morrow.
- MITRANI, Philippe
1982 "Aspects de la recherche dans le domaine des sciences sociales et de la médecine", en *L'Homme*, XXII (2): 93-104.
- MOULIN, Anne Marie
2010 "Transformations et perspectives de l'anthropologie de la santé: un regard épistémologique", en *Anthropologie et santé*, 1. <http://anthropologiesante.revues.org/114> (20-04-2011).

- NANDA, Serena; WARMS, Richard L.
2010 *Cultural anthropology*. Belmont: Wadsworth Publishing.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
1946 “Constituição da Organização Mundial da Saúde”. 1-14.
- PARSONS, Talcott
1951 *The social system*. Londres: Routledge & Kegan Paul.
- PAUL, Benjamin
1990-b “Introduction: understanding the community”. Paul, B. (Edit.). *Health, Culture and Community: Case Studies of Public Reactions to Health Programs*: 1-11. Nova Iorque: Russell Sage Foundation.
- PAUL, Benjamin (Edit.)
1990-a *Health, Culture and Community: Case Studies of Public Reactions to Health Programs*. Nova Iorque: Russell Sage Foundation.
- QUEIROZ, Marcos S.; CANESQUI, Ana M.
1986 “Contribuições da antropologia à medicina: uma revisão teórica”, em *Revista Saúde Pública*, 20 (2): 152-164.
- RADCLIFFE-BROWN, A.R.
1989 *Estrutura e função nas sociedades primitivas*. Lisboa: Edições 70.
- RAYNAUT, Claude
2001 “L’anthropologie de la santé, carrefour de questionnements: l’humaine et le naturel, l’individuel et le social”, en *Ethnologies Comparées*, 3: 1-11.
2006 “Interfaces entre a antropologia e a saúde: em busca de novas abordagens conceituais”, em *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 27(2): 149-165.
- RIVERS, W. H. R.
2001 *Medicine, magic and religion*. Londres: Kegan Paul.
2010 “Massage in Melanesia”. Good, B., et al (Edits.). *A reader in medical anthropology: theoretical trajectories, emergent realities*: 15-17. Oxford: Wiley-Blackwell.
- RIVIÈRE, Claude
2000 *Introdução à antropologia*. Lisboa: Edições 70.
- SAILLANT, Francine; GENEST, Serge (Edits.)
2007 *Medical anthropology: regional perspectives and shared concerns*. Oxford: Blackwell Publishing.
- SCHEPER-HUGHES, Nancy; LOCK, Margaret M.
1987 “The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology”, in *Medical Anthropology Quarterly*, Vol. 1, 1: 6-41.
- SCOTCH, Norman
1963 “Medical anthropology”, in *Biennial Review of Anthropology*, 3: 30-68.
- SINGER, Merril
1995 “Beyond the ivory tower: critical praxis in medical anthropology”, in *Medical Anthropology Quarterly*, 9 (1), 80: 80-106.
- SINGER, Merril; BAER, Hans
2007 *Introducing medical anthropology: a discipline in action*. Lanham: AltaMira Press.
- THOMAS, Louis-Vicent
1991 “Prefácio”. Laplantine, F.. *Antropologia da Doença*: 5-7. São Paulo: Martins Fontes.
- TITIEV, Misha
1985 *ntrodução à antropologia cultural*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- TYLOR, Edward B.
1920-a *Primitive culture: researches into the development of mythology, philosophy, religion, language, art and custom*. Vol. I, London: John Murray.
1920-b *Primitive culture: researches into the development of mythology, philosophy, religion, language, art and custom*. Vol. II, London: John Murray.
- TURNER, Victor
1999 *La selva de los símbolos: aspectos del ritual ndembu*. Madrid: Siglo XXI. VEGA, Anne
2000 *Une ethnologue à l’hôpital: L’ambigüité du quotidien infirmier*. Paris: Éditions des archives contemporaines.

VIRCHOW, Rudolf

2010 "The charity physician". Good, Byron J., et al (Edits.). *A reader in medical anthropology: theoretical trajectories, emergent realities*: 47-49. Oxford: Wiley-Blackwell.

WALSER, H. H.; KOELBING, H. M.

1985 "Introducción: conversacion con Ervin H. Ackerknecht". Ackerknecht, Erwin. *Medicina y antropología social*: 9-18. Madrid: Akal.

WALTER, Annie

1981 "Ethnomédecine et anthropologie médicale: bilan et perspectives", en *Cahiers ORSTOM. Série Sciences Humaines*, Vol. XVIII, 4: 405-414.

WELLIN, Edward

1998 "Theoretical orientations in medical anthropology: change and continuity over the past half-century". Gest, S.; Rienks, A.. *The art of medical anthropology*: 10-22. Amesterdão: Aksant Academic Publishers.

YOUNG, Alan

1982 "The anthropologies of illness and sickness", in *Annual Review of Anthropology*, 11: 257-285.

