

**JOÃO PAULO FERREIRA LEAL**

*Elementos de Antropologia Médica:  
Uma Abordagem Antropológica sobre Corpo, Doença e Saúde*

**UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA  
(PORTO/2009)**



**JOÃO PAULO FERREIRA LEAL**

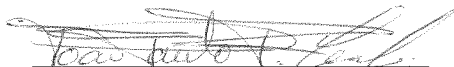
*Elementos de Antropologia Médica:  
Uma Abordagem Antropológica sobre Corpo, Doença e Saúde*

**UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA  
(PORTO/2009)**

**JOÃO PAULO FERREIRA LEAL**

***Elementos de Antropologia Médica:  
Uma Abordagem Antropológica sobre Corpo, Doença e Saúde***

Eu, abaixo assinado, atesto por compromisso de honra que o texto apresentado constitui uma obra original, sem cópia de natureza não ética ou ilegal, de âmbito parcial ou integral, em quaisquer partes do seu conteúdo.

  
**(João Paulo Ferreira Leal)**

Trabalho apresentado à *Universidade Fernando Pessoa* em resultado de Estágio efectuado sob orientação do Professor Doutor Victor Manuel Pereira da Rosa, como parte dos requisitos para obtenção de título de Pós-Doutoramento na linha de investigação em “*Antropologia Médica*”.

### **Sumário.**

A realização deste projecto pretende corresponder a uma síntese sobre os conteúdos mínimos teóricos e metodológicos que determinam o campo de investigação da *Antropologia Médica*. Com um desenho de investigação sustentado numa vertente de análise de âmbito pedagógico, o empreendimento desenvolvido procura fornecer um ponto da situação sobre o tema académico, desde a sua génese até ao momento actual. Através de uma revisão às principais tendências analíticas e linhas de investigação que enformam a subdisciplina de *Antropologia Social e Cultural*, o objectivo da pesquisa é o de facultar elementos básicos sobre a área de estudo através de uma abordagem particular no âmbito da proposta de um manual sintético de trabalho.

### **Summary.**

This project's main goal has been to formulate a compendium of the minimum theoretical and methodological content which determine the research field of *Medical Anthropology*. The work now presented has been developed using a research framework based on pedagogical analysis and seeks to provide in depth information on the state of the art of the academic discipline within a historical context. Through a critical review of the main analytical and research trends that compose this scientific subfield of *Social and Cultural Anthropology*, the objective of the present research has been to provide the basic elements of the study domain in order to assemble a possible field textbook.

### **Résumé.**

La réalisation de ce projet vise entreprendre une synthèse sur le minimum théorique et méthodologique qui est au présent utilisé dans le domaine de recherche de l'*Anthropologie Médicale*. Sous une conception de recherche soutenue par une orientation d'analyse pédagogique, le projet vise à fournir un panorama concret actuel sur ce thème académique, depuis ses origines jusqu'à aujourd'hui. Atravers d'une analyse sur les principales tendances et lignes de recherche de cette specialization d'*Anthropologie Sociale et Culturelle*, l'objectif de la recherche est de fournir des éléments de base sur ce champ d'étude en utilisant une approche unique sur le sujet dans le cadre d'un manuel de travail.

### **Resumen.**

La realización de este proyecto pretende ofrecer un resumen de las disposiciones mínimas de los contenidos teóricos y metodológicos que determinan el ámbito de la investigación de *Antropología Médica*. Desde un diseño de investigación de análisis basado en una estrategia pedagógica, el proyecto trata de establecer una validación del tema de estudio académico, desde sus orígenes hasta hoy. A través de un examen analítico de las principales tendencias y líneas de investigación que sustentan la subdisciplina de *Antropología Social y Cultural*, el objetivo de la investigación es proporcionar los elementos básicos del campo de estudio utilizando un enfoque particular como parte de una propuesta de un manual de trabajo.

# ÍNDICE

<i>Sumário</i> .....	v
INTRODUÇÃO.....	1
1. POSICIONAMENTO DO TEMA DE ESTUDO NA ANTROPOLOGIA GERAL.....	9
1.1. Definições de Antropologia.....	9
1.2. Etnografia e Síntese Metodológica do Trabalho Etnográfico.....	15
1.3. Sucinto Enquadramento da Antropologia Médica.....	21
2. BREVE HISTORIOGRAFIA DA FORMAÇÃO DO CAMPO DISCIPLINAR.....	28
2.1. Abordagens Naturalistas ao Estudo do Homem na Ciência Moderna.....	28
2.2. Assuntos Sobre Corpo, Doença e Saúde na Ciência Antropológica.....	31
2.3. Autonomização da «Antropologia Médica».....	41
3. ELEMENTOS DE ANTROPOLOGIA MÉDICA.....	44
3.1. Áreas e Incidências Analíticas.....	44
3.1.1. «Saúde» como produto cultural.....	44
3.1.2. Classificação do campo científico da Antropologia Médica.....	45
3.2. Dimensões e Objectos de Estudo.....	47
3.2.1. Significações de corpo e doença.....	47
3.2.2. Doença e cura.....	54
3.2.3. Doença e saúde.....	60
3.3. Principais Perspectivas Teóricas e Conceptuais.....	68
3.3.1. Sintética contextualização.....	68
3.3.2. <i>Teoria ecológica</i> .....	70
3.3.3. <i>Teoria interpretativa cultural</i> .....	71
3.3.4. <i>Teoria crítica</i> .....	76
3.3.5. Antropologia e Clínica.....	79
3.4. Orientações e Tendências de Análise.....	86
3.4.1. Indicações e incidências temáticas.....	86
3.4.2. Sistemas médicos.....	95
3.4.3. Abordagens pedagógicas e meios de estudo.....	99
4. METODOLOGIAS DE INVESTIGAÇÃO EM ANTROPOLOGIA MÉDICA.....	106
4.1. Abrangências e Tensões nas Estratégias de Pesquisa.....	106
4.2. Métodos de Observação. Técnicas de Levantamento e Análise de Dados.....	107
4.3. Métodos e Técnicas de Investigação Etnográfica.....	110
4.3.1. Elementos metodológicos básicos do trabalho etnográfico.....	110
4.3.2. Etnografia e «etnografia da saúde».....	114
4.3.3. Abordagens práticas sobre o exercício etnográfico.....	118
CONCLUSÃO.....	129
BIBLIOGRAFIA.....	140

## **INTRODUÇÃO.**

Qualquer inquirição orientada para os temas da «doença» e da «saúde» é quase sempre motivo de interesse junto das populações inquiridas, deixando facilmente depreender que constitui um assunto geral comum, essencial, importante, e uma atenção ou preocupação socialmente partilhada no quotidiano.

Constituindo um dos principais centros de interesse de leigos ou especialistas oficiais e não oficiais, esses temas transcorrem todos os grupos sociais humanos sob os mais diversos âmbitos de análise transversal ou longitudinal. São, por isso, certamente merecedores de uma atenção particular ou reflexão objectiva num enquadramento antropológico específico.

Versando sobre as actividades e os pensamentos humanos materialmente manifestos e/ou simbolicamente expressos em comunidades ou sociedades, quaisquer constatações do passado ou do presente sobre os temas e subtemas da «doença» implicam, quase sempre, a formulação de enunciados específicos.

Tomando como exemplo o acto de nascimento, sobre a universalidade biológica do procedimento reprodutivo humano estão sempre presentes, em quaisquer momentos ou lugares, valores, regras, normas, hábitos e tradições que, na forma de conhecimentos particulares, moldam e determinam as acções sociais e os comportamentos individuais. Por outras palavras, no Homem a entidade biológica não é separável do dado cultural.

De modo genérico, a «Antropologia Médica» – também denominada, entre várias outras designações, de «Antropologia da Saúde» ou «Antropologia da Saúde e da Doença» – corresponde a um campo aplicado e a uma especialização de Antropologia focalizados nas práticas culturais particulares relacionadas com a doença e a cura ou, num sentido mais lato, no estudo do comportamento humano ligado à obtenção ou manutenção da saúde.

Enquanto dado universal, esta subdisciplina científica da Antropologia observa como a doença é abordada, gerida e tratada nas comunidades ou sociedades humanas à luz das respectivas culturas. Estas sustentam diferentes modalidades de pensamento e acção, ao abrigo de diversos sistemas de crença e de representação.

Sendo um campo dinâmico de estudo que avalia os efeitos dos factores sociais e culturais em relação aos estados de doença e saúde em diversos espaços geográficos e períodos temporais – nomeadamente ao longo da evolução humana –, esta subdisciplina participa na Antropologia como um todo, englobando teorias e procedimentos metodológicos de ordem biológica, biocultural, linguística, psicológica, simbólica, social e cultural.

Resumindo, o objecto de trabalho reporta para o campo das pesquisas orientadas para as semelhanças e diferenças culturais quanto aos procedimentos, processos e representações individuais e colectivas de doença e cura em agrupamentos humanos, numa perspectiva comparativa e intercultural. Envolve, entre outros, estudos empíricos sobre assuntos culturais inseridos em contextos sociais particulares, realizados através de estratégias de observação directa sobre temas de «doença» ou «saúde».

O responsável pela actual pesquisa empreendida é docente universitário. Há cerca de quinze que lecciona disciplinas ou unidades curriculares ligadas aos campos disciplinares de «Antropologia Psicológica», «Antropologia da Saúde» e «Antropossociologia da Saúde», nomeadamente em cursos de Ciências da Saúde.

Antropólogo de formação, com doutoramento em Psicologia, grande parte das suas investigações produzidas nos últimos anos está ligada aos temas de Saúde Mental, Psicologia Evolutiva, Intervenção Psicológica e Desenvolvimento Humano.

Em Portugal não existe, até ao momento, qualquer trabalho de síntese, na forma de «ponto da situação», que produza conhecimento sistemático e organizado sobre o modo como pode ser definido e trabalhado o campo científico da Antropologia Médica.

O conjunto das condições acima enunciadas levou à produção do actual documento sobre o respectivo objecto de investigação mediante as seguintes razões:

- A) Primeiro, a existência de uma angariação prévia por parte do redactor do corrente trabalho das necessárias competências técnicas e académicas para a prossecução da pesquisa.
- B) Segundo, pela necessidade em colmatar, de algum modo, a ausência de literatura científica produzida em Portugal sobre o âmbito concreto da Antropologia Médica.

- C) Terceiro, pela possibilidade da mesma servir como um documento introdutório, na forma de um «manual breve», com um intuito didáctico-pedagógico de auxílio à análise antropológica aos temas da «doença» e da «saúde» em estudantes do ensino superior.
- D) Por último, pela possibilidade de integração de todas essas motivações prévias sob uma estratégia de pesquisa pós-doutoral.

Em ordem ao objecto de estudo, o objectivo final da tarefa de pesquisa sobre a literatura disponível é o de corresponder a um documento analítico inovador que motive o eventual interessado nessa área de estudo para o desenvolvimento de estratégias sustentadas de investigação, académicas ou não, particularmente em níveis formativos de pré e pós-graduação.

Como tal, o produto decorrente da investigação é especificamente pertinente enquanto manual introdutório de acompanhamento ao tema em unidades curriculares de «Antropologia da Saúde» ou de «Sócio-Antropologia da Saúde», e é particularmente indicado para as formações pós-graduadas, nomeadamente de Mestrado ou Doutoramento em Antropologia Médica.

Baseada na revisão da literatura sobre o objecto de estudo, para a concretização dos objectivos traçados procedeu-se a um desenho de investigação delineado sob uma sequência de momentos distintos de pesquisa, indo da metodologia geral de acesso e recolha de dados aos métodos e às técnicas de análise sobre os mesmos.

Após uma leitura aberta e flutuante sobre os materiais potencialmente essenciais, bem como uma selecção prévia dos elementos bibliográficos disponíveis, sobre as fontes escritas pertinentes utilizou-se, numa primeira fase da pesquisa, uma metodologia de observação documental não oficial cujo objectivo foi o de delimitar, com maior rigor, as fontes documentais que foram subsequentemente utilizadas.

Sobre as mesmas foram aplicadas as técnicas de resumo e recensão dos escritos de forma a colher as informações oportunas sobre o assunto em observação. Finalmente, como técnica complementar de análise estabeleceu-se um procedimento de meta-análise sobre o material previamente obtido.

Descrevendo os métodos e instrumentos de observação e análise da pesquisa documental, para a determinação da metodologia de acesso e pesquisa junto das fontes de documentação foram adoptadas as especificações produzidas por P. Saint-Georges (1997):

- A) Fazem parte das fontes escritas não oficiais, entre outras, as revistas e publicações periódicas (incluindo revistas especializadas), livros (obras técnicas, obras especializadas como teses, publicações universitárias, livros científicos) e documentos intermediários (enciclopédias especializadas, bibliografias e repertórios bibliográficos).
- B) A pesquisa das fontes de documentação corresponde a um método de recolha e verificação de dados que visa o acesso às fontes pertinentes, podendo suscitar a aplicação de outras técnicas complementares de investigação. A pesquisa documental, na forma de pesquisa bibliográfica (artigos, documentos, livros), é particularmente útil à realização de uma avaliação sobre o «estado de uma questão» em relação a um certo assunto.

É nessa linha complementar que foram utilizadas técnicas particulares de observação documental, tendo sido seguidas as definições apresentadas por R. Tremblay (1994) sobre os modelos de resumo e recensão dos escritos. Para o autor, enquanto um resumo é uma “definição condensada da problemática, dos temas das ideias directrizes e da ideia principal dum texto de referência” (p. 99), uma recensão dos escritos procura estabelecer o seguinte:

(...) é um texto que resume vários outros sobre um sujeito preciso estabelecendo laços entre eles e expondo a sua problemática comum; devemos fazer retirar os elementos comuns e as divergências entre eles e mostrar como os nossos textos de referência se complementam ou contradizem. (p. 114).

Após o estabelecimento das análises de primeiro e segundo nível (resumos e recensões), no intuito de se produzir uma análise sistemática às problemáticas e aos elementos comuns ou divergentes a partir de textos de referência procedeu-se a uma meta-análise sobre as informações recolhidas. Os dados finais alcançados permitiram organizar a estruturar o conteúdo do presente documento escrito na forma de resultados conclusivos alcançados.

No que concerne à adequação do método de meta-análise como sistema de explicação sobre o conjunto do material obtido, expõem-se as razões imediatas e objectivas apresentadas por Cook et al. (1992, p. 3) para a utilização do mesmo:

Os estudiosos usam a revisão da literatura para estabelecer créditos de conhecimento organizado para especificar alguma das condições na qual o relacionamento pode depender. Revisões úteis da literatura (1) tornam o tópico de estudo muito claro [e] (2) incluem só os estudos substancialmente relevantes. [tradução adaptada].

Diferenciando-a das usuais técnicas meta-analíticas aplicadas à observação comparativa sobre os resultados de dados quantitativos oriundos de estudos ligados, por exemplo, às Ciências Médicas, os autores propõem um modelo de análise também aplicável às Ciências Sociais. Ele pode ater-se à apresentação de resultados em moldes qualitativos ou, perante a eventual necessidade de transformação dos dados qualitativos em dados numéricos, produzir dados traduzíveis de forma quantitativa.

Defendendo a posição da validade do método analítico apresentado, nomeadamente face à revisão tradicional qualitativa da literatura científica, os autores (Cook et al., 1992) argumentam que:

O objectivo da meta-análise é o de disciplinar as sínteses de pesquisa com as mesmas normas metodológicas que são aplicadas na pesquisa básica. Esta finalidade implica que essa pesquisa seja tão replicável como qualquer outra peça de trabalho científico. (viii, *foreward*).

Em relação à manifestação dos aspectos formais, as metodologias de exposição empregues no estabelecimento de sinaléticas, termos, referências e anotações bibliográficas bem como, ainda, de exposição dos resultados obtidos, foram seguidas as determinações presentes no «*Manual de Estilo da Universidade Fernando Pessoa*», na versão de consulta do corrente ano lectivo. Para os casos omissos ou imprecisos quanto às convenções de vocabulário e notação foram adaptadas as orientações constantes em sistemas de referenciação análogos.

No texto são exibidas sinaléticas em alusão a citações directas (“...”), marcação de denominações e/ou designações sob a forma de noções, termos isolados ou em palavras deslocadas do contexto específico do objecto de análise («...»), e itálicos em estruturas conceptuais, neologismos, estrangeirismos e abreviaturas latinas (*itálico*).

Conquanto dificulte de algum modo a própria leitura, também frequentemente se utilizam as siglas «i.e.» (de «*id est*», significando, na forma de vocábulo, «isto é») e «e.g.» (de «*exempli gratia*», traduzindo «exemplo» ou «por exemplo»). Elas são

utilizadas no intuito de se proceder à colocação de informações complementares ou de outras explicações, sob a forma de dados genéricos ou específicos.

Muito embora estejam subjacentes a uma linha simplificada de organização textual, os elementos expositivos estão edificados em torno constituintes gramaticais e lexicais recorrentes, com múltiplas repetições de vocabulário e de referências de definição, dificultando de algum modo a realização de uma leitura fluente.

A planificação da pesquisa foi suportada por três meses de trabalho orientado. Durante esse período temporal foram preenchidas as seguintes premissas de organização e exposição dos resultados da pesquisa em ordem a estabelecer as suas principais divisões de texto: definições gerais de Antropologia; breve enquadramento histórico da Antropologia Médica; síntese dos principais quadros teóricos; determinação dos temas centrais; tendências actuais de estudo; métodos de pesquisa.

A apresentação dos resultados é realizada em quatro partes: (1) na primeira estabelecem-se algumas considerações introdutórias sobre o posicionamento da subdisciplina no seio da Antropologia Geral; (2) na segunda procede-se a uma breve historiografia sobre a formação do campo da Antropologia Médica desde o Período Moderno até à sua autonomização na década de 70 do Século XX; (3) no terceiro exploram-se as diversas vertentes do objecto de estudo, algumas definições sobre os assuntos que a compõem, as suas principais perspectivas teóricas, e os temas sobre os quais são produzidos os seus estudos; (4) no quarto explicitam-se os principais métodos de levantamento e análise de dados, com particular incidência ao trabalho etnográfico aplicado aos contextos de pesquisa em saúde.

Algumas abordagens bibliográficas, sobretudo as ligadas à génese da própria Antropologia contemporânea, posicionam a problemática em estudo face às formações de teorias, conceitos, métodos e técnicas que edificam o actual campo científico, ou, pelo menos, uma parte dos conhecimentos que o sustenta.

O procedimento conduziu à colocação de parte dos dados bibliográficos sob uma vertente historiográfica. A alocação de autores de referência face à temática em estudo foi estabelecida através de uma cronologia atinente aos próprios factos narrados. Muito embora esta breve historiografia não tenha constituído o objecto da pesquisa – e, conseqüentemente, não explorada no trabalho actual –, a estratégia permitiu estabelecer

uma organização das questões pertinentes ao tema principal de investigação em apreço bem como uma análise temporal e geograficamente sustentada sobre a produção científica dos seus principais assuntos.

Esses dados, subjacentes a referências de obras nos quadros dos respectivos contextos históricos, são assim aqui encarados como produções intelectuais particulares que já há muito corporizam, de modo tácito, os próprios fundamentos da actual ciência antropológica. Não são usados sob a forma de análise intrínseca, mas enquanto documentos consolidantes para produção de uma narrativa objectiva e coerente.

A origem de quase toda as grandes fontes de informação presentes no documento é oriunda de meios de expressão inglesa e francesa. Em decorrência houve uma elevada dificuldade em proceder ao acesso atempado sobre a bibliografia citada, o que motivou um intervalo temporal algo alargado entre o período tutorial de pesquisa e a apresentação dos resultados finais.

Para efeito de maior rentabilização da organização textual, procedeu-se a traduções directas ou adaptadas dos textos citados bem como, pontualmente, a de alguns conceitos teóricos autorais.

A composição actualmente exposta não corresponde, no essencial, a um trabalho de Ciência Médica ou Biomédica, mas, sobretudo, de Ciência Social com incidência nos temas de doença e saúde. Consubstanciado na Antropologia, o objecto proposto de estudo é sobretudo avaliado no quadro das Ciências Sociais pela via da Antropologia Social e Cultural.

Os procedimentos de investigação empregues não estão ligados a quadros de formulação de hipóteses iniciais mas antes associados à tentativa de formulação de um «ponto da situação» sobre os conhecimentos e procedimento aferíveis à ciência antropológica denominada de «Antropologia Médica». O produto final corresponde a uma síntese de ordem teórica, conceptual e metodológica.

A actual pesquisa deverá ser entendida como um produto parcial e transitório sobre um assunto que cada vez mais é explorado nos mesmos moldes académicos e científicos à escala global, e ainda aplicado em estratégias de intervenção em saúde internacional, nomeadamente nos campos epidemiológico e de saúde pública.

O interesse sobre os temas explorados neste trabalho é, dentro e fora do mundo académico, crescente. Com efeito, e acompanhando a rápida progressão tanto da importância quanto do interesse dos assuntos relacionados com a saúde humana, verifica-se uma acentuada motivação por essa área de estudo nos grandes centros de investigação, concretamente em Portugal.

Através de uma revisão sobre os assuntos principais relacionados com a Antropologia Médica, julga-se que os resultados da investigação correspondem a uma síntese sobre o estado da subdisciplina de Antropologia no momento actual.

O produto da pesquisa focalizada nesse objecto de estudo visa corresponder à oportunidade de formalização de discernimentos teóricos e conhecimentos práticos junto de diversas outras áreas de estudo, particularmente entre as Ciências Sociais e as Ciências da Saúde

Em síntese, o projecto ora apresentado corresponde a um saber especializado, com um potencial de acessibilidade para todos, antropólogos ou não, na forma de um virtual manual académico de apoio.

## **1. POSICIONAMENTO DO TEMA DE ESTUDO NA ANTROPOLOGIA GERAL.**

### **1.1. Definições de Antropologia.**

A Antropologia é a Ciência que tem por objecto de estudo o Homem. Muito embora a pretensão possa ser, nomeadamente à luz de uma lógica científica pós-moderna, demasiada exagerada (Harris, 1999), dir-se-á que ela corresponde ao conjunto de estudos teóricos de índole conceptual, metodológico e técnico orientado para a pesquisa em torno das diversas facetas do Ser humano, ou seja, para as múltiplas dimensões de um objecto de investigação sujeito a um estudo sistemático que formaliza a «Ciência do Homem».

No quadro da História Natural, o Homem é entendido como um *ente* físico que faz parte do todo natural, globalmente designado de «Natureza», podendo ser descrito a partir dela.

Muito embora tenha decorrido num plano de ampla complexidade – no presente, não exposta –, realça-se que a adaptação da faceta descritiva dos estudos científicos naturais (nomeadamente, a «biológica») ao contexto de estudo social positivista de base comptiana (referido como «sociológico») funcionou como um modo de explorar as temáticas humanas na vertente dos Estudos Sociais.

Na decorrência dos registos em Ciências Naturais e/ou subjacente à exploração em Ciências Sociais das experiências dos grupos sociais humanos no âmbito de múltiplas realidades vividas (em diversos contextos geográficos de ocupação humana bem como em variados sentidos temporais, diacrónico e sincrónico), emerge uma constatação analiticamente incontornável: o Homem, como Ser natural, cognitivamente consciente, de vivência em grupos sociais, comunicador em múltiplos suportes, produtor e reproduzidor de Cultura através de esferas materiais e sócio-simbólicas.

Estabelecer uma definição absoluta e última sobre o conceito de *Cultura* corresponde a uma tarefa que os autores de Antropologia preferem não empreender intensivamente; face ao objecto de estudo, as possibilidades de combinação conceptual são quase exponenciais. Recorde-se, a propósito, a «síntese» realizada por Alfred

Kroeber e Clyde Kluckhohn na obra “*Culture: A Critical Review of Concepts and Definitions*” (1952), correspondente a uma lista com mais de uma centena de definições.

Como medida simplificadora, é comum adoptar-se a citação do antropólogo britânico Edward Burnett Tylor, quando o autor, ainda durante o século XIX, e a respeito da matéria do evolucionismo cultural, descreve a «cultura» no quadro da definição etnográfica do seguinte modo:

Cultura ou Civilização, tomada em seu amplo sentido etnográfico, é aquele todo complexo que inclui conhecimento, crença, arte, moral, lei, costume e quaisquer outras capacidades e hábitos adquiridos pelo [H]omem na condição de membro da sociedade. (1871, p.1 [tradução adaptada]).

Não se abordando, no presente trabalho, a problemática sobre a origem da cultura ou as grandes linhas de reflexão que a teorizam (e.g., «ínato» vs. «adquirido»; «*materialismo cultural*» vs. «*análise simbólica*»; etc.), enquanto tentativa de estabelecimento de uma potencial definição sincrética sustenta-se que, na forma de identidade partilhada por processos de construção sócio-simbólica e de aprendizagem social num certo grupo humano, ela corresponde a um conjunto característico identitário de valores, crenças, atitudes e comportamentos que moldam, organizam, orientam e identificam tanto os modos de pensamento quanto as formas de acção de cada um dos seus membros.

Num quadro evolutivo de transformações nos atributos físicos pela via das alterações genéticas bem como nas diversas modalidades de vida em sociedade e de organização social, é sob um quadro de gestão dos recursos escassos que a abordagem cultural desenvolveu-se como estratégia adaptativa de sobrevivência ao meio ambiente e aos inúmeros perigos que dele pudessem advir em termos de manutenção da vida. A mesma permitiu que o Ser humano transformasse o meio em seu benefício e/ou se adaptasse a condições climatéricas e geográficas agrestes, concretamente em lugares onde a competição no que concerne as outras espécies seria mais diminuta.

Embora a definição anterior da construção cultural sobre a importância de adaptação ao meio num plano evolutivo (i.e., pela via da evolução cultural e da ecologia cultural) não seja totalmente unânime na comunidade académica, já no que diz respeito ao valor da capacidade de «comunicação» existe uma concordância quase universal. De entre as diversas componentes estratégicas, a comunicação simbólica (ou sócio-simbólica) – não verbal ou verbal, materialmente manifestada ou não no decurso

da História – assumiu um papel de enorme relevância para a dinamização dos processos de progressiva complexidade na organização social e no quadro comparado das variações culturais entre os agrupamentos humanos.

A ampla diversidade existente, desde o passado até ao presente, ou das comunidades de caça-recolocação às sociedades modernas, colocam uma questão pertinente: o que foi ou é comum (uno) e diferente (diverso) entre os humanos nas dimensões sociais e culturais, e, na decorrência dos estudos naturais, entre as componentes de variação física ou biológica.

O campo descritivo, ou a catalogação dos conhecimentos através de categorizações empíricas (evolutivas, biométricas, quantitativas, qualitativas, etc.), não é o único meio de acesso ao Conhecimento na tradição antropológica. A modalidade de reflexão de índole prescriptiva ou especulativa (ou ainda normativa), em concreto nos estudos filosóficos e teológicos, também acompanha a tentativa de explicar o Homem, e de, no caso concreto, lhe conferir como objectivo final um ideal de conduta nos planos do pensamento e da acção. Sobre «o que é o Ser Humano» estabelece-se uma idealização de «como ele deve ser», designadamente nas suas dimensões éticas e estéticas. Ambas podem ser estudadas como produtos culturais, em particular no quadro das representações e significações da cultura científica (valores, normas, padrões, etc.).

Assim, uma possível definição da Antropologia Geral deveria incluir três campos básicos de estudo: a Antropologia Física, a Antropologia Social e Cultural, e a Antropologia Filosófica. Porém, e também face ao anteriormente exposto no que concerne a linha empiricista, a partir das diversas orientações e tradições existentes ao longo dos últimos cem anos é hoje comum a referência (e.g., Barrio, 1992; Ember e Ember, 1996; Eriksen e Nielsen, 2001) a quatro campos de pesquisa em Antropologia:

- A) «Antropologia Física» ou «Biológica» – é a área de investigação orientada, entre outros, para a anatomia comparada e a evolução das características fisiológicas e morfológicas face ao meio ambiente (tamanho, peso, mensuração do esqueleto, etc.), a genética humana e das populações humanas (i.e, a relação do património genético relativamente ao meio ecológico, social, etc.), ou o estudo, por exemplo, da Antropologia Forense.

- a. Observa as variações das características biológicas do Homem em variados espaços e no quadro de devir temporal, como a biologia do desenvolvimento humano (i.e. «*Human Development*»), vertentes psíquica e física).
  - b. A Antropologia Física corresponde ao termo cronologicamente mais antigo e está ainda muito presente na América do Norte (EUA e Canadá); a designação «Antropologia Biológica» é sobretudo utilizada na Grã-Bretanha e na Europa continental.
- B) «Antropologia Social» e/ou «Cultural» – tendo como ponto de partida o estudo do “Outro”, debruçam-se sobre as semelhanças e dessemelhanças ou particularidades socioculturais existentes nos agrupamentos humanos.
- a. De entre as múltiplas dimensões, assinalam-se as dos modos de produção económica, organizações política e jurídica, sistemas de crenças (nomeadamente religiosos), sistemas de parentesco, seus sistemas de conhecimento (em concreto, os atributos da sua Etnociência), a suas línguas naturais e os seus modos de comunicação (Línguas, nas suas formas verbais ou não verbais, formais ou informais, etc.), os seus modos de pensamento (psicologia, personalidade, sonhos, ideologia colectiva, etc.), ou ainda, entre outros, as suas condutas ou acções (cerimoniais, relações e etiquetas sociais, etc.).
  - b. A Antropologia Social está mais presente na Grã-Bretanha e na Europa continental, e a Antropologia Cultural na América, do Norte em particular.
- C) «Antropologia Pré-histórica» ou «Arqueologia Pré-histórica» – tem como principal objectivo observar os restos das civilizações, sociedades ou comunidades passadas, incluindo as culturas que hoje existem e que possam servir de estudo comparado, em representação ou resultado de uma linha temporal contínua.
- a. Estabelece pesquisas recorrendo aos vestígios que possam tornar manifestas as actividades do passado (e.g., arte, simbologia,

alimentação, vestuário, organização social, técnicas de produção, modos de vida, utensílios quotidianos), particularmente em lugares, comunidades ou sociedades sem escrita ou narrativa histórica sistematizadas.

b. Muito embora constitua uma disciplina autónoma, a Arqueologia está associada à Antropologia, sobretudo na América do Norte.

D) «Antropologia Linguística» – integra as tradições de ambas as disciplinas de investigação, Linguística e Antropologia.

a. Orienta os seus estudos para as especificidades linguísticas ou os elementos comuns de linguagem (meios ou suportes de comunicação, organizações, regras, expressões, fonéticas, significados e significantes, etc.) existentes numa determinada contextualização cultural, passada ou presente.

b. Correspondendo a uma parte importante do património cultural de uma comunidade, nomeadamente no plano identitário, o estudo comunicacional de base linguística é importante na medida em que a Língua usualmente corresponde a um meio utilizado para a exposição, entre outros, de valores, referências ideológicas, emoções e sentimentos individuais ou colectivos

Cada uma delas incorpora uma multiplicidade de especialidades, de resto nem sempre consentânea entre os diversos palcos de produção científica (França, EUA, Grã-Bretanha, etc.). A Antropologia Psicológica ou a Antropologia Médica (ou ainda, entre outros, segundo os palcos atrás referidos, Antropologia da Saúde e Antropologia da Doença,) são exemplos de subdisciplinas na produção científica antropológica. Muito embora o primeiro exemplo denote uma característica multidisciplinar, o segundo é, todavia, mais complexo: a natureza do seu conhecimento, de âmbito biocultural, perpassa os quatro campos científicos acima aludidos, denotando assim a sua elevada complexidade teórica e metodológica.

A determinação de uma subdivisão disciplinar é sempre fluida face à definição que lhe é atribuída. Tomando, por exemplo, em consideração a Antropologia Psicológica acima referida, enquanto que ela é avaliada e enquadrada como uma

subdisciplina na Antropologia Cultural norte-americana – o mesmo ocorre, de resto, para a chamada «Antropologia Aplicada» (Chambers, 1985) –, o antropólogo François Laplantine (1995), investigador francês interessado nas matérias de «Etnopsiquiatria» e «Antropologia da Doença», apresenta-a enquanto conhecimento autónomo como um quinto campo de pesquisa antropológica.

Embora não exista, de momento, uma caracterização símile para a Antropologia Médica, em quase todas as sistematizações analíticas da ciência antropológica actualmente adoptadas ela é considerada como uma «subdisciplina» – dependendo da classificação científica, também poderá ser designada de «categoria» ou «subárea», «especialidade» ou «sub-campo» – de Antropologia Social e Cultural, com integração de algumas das incidências de pesquisa oriundas da Antropologia Biológica (para além de muitas outras referências, as avaliações das relações mútuas existentes entre cultura e biologia, nomeadamente nos quadro evolutivos no contexto dos ecossistemas de vida humana e não humana), em particular sobre os assuntos do corpo, da doença e da saúde.

Assim, do ponto de vista da progressão histórica do campo disciplinar a Antropologia Física ou Biológica e a Antropologia Social e Cultural têm assumido uma preponderância significativa. Se na abordagem física ou biológica da Antropologia tem existido uma estruturação clara e autónoma das suas variadas áreas de conhecimento, já na social e cultural tem havido uma série de justaposições teóricas, conceptuais e metodológicas que condicionaram em muito não só a progressão da disciplina como o desenvolvimento de um maior aprofundamento analítico (pelo menos diante de uma certa necessidade na uniformização do seu discurso científico).

Seguindo C. Rivière (2000, p. 15), uma mesma disciplina pode assumir várias designações: “etnografia”, “etnologia”, “antropologia social” ou “antropologia cultural”. A diferença estaria em ligeiras variações ao nível “de conteúdo, de objecto, de método e de orientações teóricas, muitas vezes próprias das tradições nacionais”. O autor acrescenta ainda que a “etnografia é a etapa de recolha dados, a etnologia a fase das primeiras sínteses, a antropologia a fase das generalizações teóricas, após a comparação”.

Enquanto fase inicial de intervenção no estudo antropológico, a Etnografia relaciona-se com a obtenção de dados e documentos globalmente correspondentes à

tarefa descritiva de observação e escrita sobre os «factos humanos», sendo a monografia o seu produto final.

## **1.2. Etnografia e Síntese Metodológica do Trabalho Etnográfico.**

Sob a necessidade de descrever a cultura e a vida social, de compreender a vida dos sujeitos e os significados dos acontecimentos de forma a que o investigador tome parte da cultura (i.e., «acesse»), a Antropologia impele ao uso da Etnografia (Spradley, 1980).

Se no século XIX a Etnografia estava essencialmente associada ao estudo dos desvios das normas culturais (para comparação à moral ou às «moralidades»), mais tarde sobrepôs essa abordagem ao âmbito da descrição das «culturas primitivas», numa tentativa dos pesquisadores estabelecerem as principais diferenças socioculturais existentes entre os «nativos» de comunidades com pequenas dimensões («rudimentares» e/ ou «primitivas», no sentido evolucionista dos termos) e as sociedades complexas (ditas «desenvolvidas», a nível social, económico, militar e, sobretudo, científico).

Quanto ao estudo de uma cultura ou de um fenómeno social particular a ela ligado, entre finais do mesmo século e o início do século XX uma série de investigadores estabeleceram, através dos respectivos trabalhos de campo, as bases conceptuais e metodológicas da considerada «Etnografia moderna».

É já nas primeiras décadas do século XX, nomeadamente com a «*Escola de Chicago*», que a própria cidade se torna um laboratório social; a experiência de terreno passa não só a abarcar a comunidade exótica, afastada das civilizações desenvolvidas, mas, também, as comunidades urbanas e/ou o mundo rural.

O procedimento metodológico de base é o da «Observação», sob uma vertente descritiva-empírica (do tipo «positivista» – discutível, de resto, por força da pretensa «neutralidade» –, ou naturalístico) sobre um certo grupo social humano, desde pequenas dimensões (sujeito, família, tribo, bairro, etc.) até aos grandes ajuntamentos sociais (etnia, cidade, região, país, etc.).

A incidência específica é a da recolha de dados pela metodologia qualitativa por «observação directa», sob a técnica de «trabalho de campo» (intensiva, e por períodos de tempo alargados), integrando na observação as notas individuais de campo e os dados colhidos juntos dos informantes, bem como todos os registos áudio e/ou visuais e os documentos de suporte, ou ainda materiais diversos exemplificativos de natureza material ou simbólica.

Para a compreensão de um determinado fenómeno, esta modalidade de investigação qualitativa confere a possibilidade de se aceder mais aprofundadamente às múltiplas realidades que prefiguram os pensamentos e as acções segundo o ponto de vista do(s) sujeito(s) observado(s) ou participante(s) através de relatos factuais e/ou formais. Estes tendem a ser de natureza oral e textual, sob as formas de notas escritas, registos audiovisuais, mapas, fotografias, relatório/monografia, entre outros.

Esta aprendizagem *com* e *sobre* os «outros» – uma realidade observada, manifestada, descrita, narrada, traduzida – determina um tipo de abordagem ou uma estratégia de estudo que confere um meio primordial de levantamento de dados, designada de «observação participante».

Sobre ela incidem, a partir ou não dos próprios informantes, duas formas de apreensão informativa: (1) *emic* – a visão do sujeito de observação (i.e., o autóctone ou «nativo») segundo as suas referências, palavras ou explicações (bem como as «teorias», no sentido da sua Etnociência), com a exposição das suas experiências culturais de grupo, como as suas crenças ou os seus rituais, por exemplo; (2) *etic* – a visão do observador, sujeita à sua própria interpretação, e que corresponde à obtenção da informação ou dos dados de observação numa perspectiva «externa» ou «exterior», sobre, por exemplo, o que significa um ritual particular empreendido ou quais são os padrões culturais dominantes em termos de comportamento de grupo.

As determinações dos contextos de análise social, geográfica e grupal delimitam, em última instância, não só o período da investigação mas, também, a intensidade da mesma:

- A) A estratégia clássica em Antropologia Social e Cultural decorre sobretudo de pesquisas de índole «macro-etnográfico», por períodos de tempo alargados e amplas focalizações numa cultura ou num grupo social humano em

particular (e.g., comunidades únicas, instituições sociais alargadas, redes sociais e culturais múltiplas, sociedades complexas, etc.).

- B) Na abordagem contemporânea, sobretudo no período mais recente, e em particular em disciplinas exteriores à Antropologia que usam ou adaptam a técnica etnográfica (Enfermagem, Medicina, Psicologia Social, etc.), são em grande maioria empreendidos inquirições de âmbito «micro-etnográfico» subjacente a um número diminuto de inquiridos ou participantes, com a selecção de um sujeito representativo da sua comunidade (com história de vida, narrativa pessoal, autobiografia, etc.), de uma família, de um pequeno grupo de trabalho (com grupos de foco, ou «*focus group*», entrevista semi-estruturada e semi-dirigida, etc.), de uma situação social ou instituição social única (e.g., vivência pessoal de um ritual de passagem).

A entrevista, nomeadamente alargada, pode dar suporte à produção de conhecimentos etnográficos. A adopção do verbo «poder» retirada da oração anterior coloca-se na exacta medida do nível de envolvimento do observador face ao objecto observado, uma vez que o pesquisador poderá empreender uma pesquisa sem procurar o envolvimento directo (i.e., «distanciado», «separado», «incógnito», «infiltrado», e em todos os casos em que seja necessário o conservar o anonimato do investigador – o que levanta, de resto, questões éticas no que diz respeito ao consentimento informado).

A actividade primordial do etnógrafo (May, 2002) não invalida o uso de outras metodologias e técnicas quantitativas de recolha e análise de informações. Não sendo determinante, essa utilização não é afastada como estratégia complementar de investigação (em concreto para a análise de dados etnográfico, após categorização dos elementos).

Contudo, e muito embora seja possível a integração ou aportação de outras estratégias qualitativas ou quantitativas de investigação (e.g., teoria fundamentada, ou «*grounded theory*», a partir de uma perspectiva *emic*; inquérito por questionário, adaptado, e potencialmente aferido), a base que sustenta o trabalho etnográfico é composto por elementos quase incontornáveis em termos procedimentais.

Segundo Atkinson e Hammersley (1994), eles podem ser enunciados do seguinte modo: (1) recolha – observação; participação; sujeitos; relatos dos informantes

(e.g., *ego*, informante principal, etc.); registos (notas de campo, reflexões, gravações, documentos); (2) análises – codificações; categorizações; resultados de ordem qualitativa (sobre os «textos» obtidos, as principais dimensões, categorias dominantes, e os indicadores e índices) e quantitativa (caso ela seja aplicada, sobre inquéritos sociodemográficos ou outros de outra natureza, as estatísticas descritivas, possíveis inferências estatísticas, etc.); conclusões por «assuntos» (i.e., temas e subtemas) sociais e culturais; (3) publicação dos resultados – relatório etnográfico ou «monografia» sobre a cultura ou subcultura de um determinado grupo social humano, com integração de todos os dados (notas de campo, citações dos informantes, etc.) e restantes documentos.

O «estilo» da estratégia etnográfica (seja numa perspectiva «micro» ou «macro», leve ou aprofundada) ou de investigação de investigação etnográfica (i.e., as etapas decorrentes do trabalho de campo, da análise e publicação dos resultados) decorrem de tradições distintas em Antropologia Social e Cultural:

- A) Uma abordagem «clássica», que procura estabelecer uma descrição da cultura de forma totalizante ou holista (i.e., de modo mais amplo possível) sobre o maior número possível de registos do passado e do presente relacionados aos fenómenos sociais estudados a partir de uma perspectiva eminentemente *etic*.
- B) Outra, mais contemporânea, «idealística» (i.e. ou «idealista, de «tipo ideal» num quadro conceptual psicocultural), que sustenta uma estratégia dedutiva de investigação à partir de categorizações predefinidas (e.g., «padrão de cultura», «personalidade de base») para explicar e compreender o comportamentos dos membros de uma cultura.
- C) Outra ainda, mais recente, «interpretativista» (embora não no sentido da Etnometodologia sociológica), que ensaia interpretar uma cultura à luz das considerações advindas dos intervenientes (i.e., sobretudo de sentido *emic*) e da análise/conclusão do investigador no que diz respeito à tentativa da interpretação dos significados sociais e culturais (e.g., «traduções», «ficcões», narrativas, diálogos e discursos que performam o próprio texto etnográfico/monográfico, com a criação comum de uma visão interpretativa na forma de um «esquema cultural»).

D) Por fim, mas não obrigatoriamente a última – em termos temporais ou de nível de importância –, um modelo «crítico». Muito embora seja oriundo da *teoria crítica*, em Antropologia ele pode ser considerado mais uma orientação de observação e análise do que uma teoria autónoma.

- a. A *etnografia crítica* sustenta a sua observação questionando os elementos da própria acção, procurando a promoção/reflexão ideológica e a construção social a partir do trabalho de campo realizado.
- b. Engloba as problemáticas da gestão do poder, da opressão global do sistema mundo, a emancipação sócio-política e económica das comunidades, bem como o desenvolvimento do respectivo raciocínio crítico (dito de «autonomia»).
- c. Procura questionar, entre outros, as relações existentes entre o poder e a própria construção social e cultural, ou ainda sobre a relação de influência entre a esfera política (e.g. produção dos discursos políticos, relações de poder, política científica, etc.) sobre a ideologia e a acção de uma certa cultura científica.

Grande parte das diferenças nas produções etnográficas resultam de um propósito na actividade antropológica nem sempre claro: compreender e/ou explicar. As relações ou tensões constatadas na historiografia da Antropologia (Eriksen e Nielsen, 2001) desde finais do século XIX e a totalidade do século XX demonstram que, nos exercícios dos trabalhos de campo, as variedades de incidência ou tipologia de observação e os níveis mais ou menos profundos de vivência no terreno foram motivadores de reflexões teóricas e orientações analíticas situadas entre as fronteiras dos estilos de estratégia etnográfica (i.e., do «clássico» ao «crítico») e de registo etnográfico (i.e., de maior ou menor relação com a Etnologia e a Antropologia).

Esse ponto é particularmente relevante em trabalhos com uma certa miscigenação teórico-conceptual (e.g., tomando o antropólogo cultural americano Franz Boas, entre a versão holística, apontada na alínea “A)”, dos seus trabalhos iniciais e a subsequente progressão para a orientação culturoológica, iniciada em “B)”) ou com uma certa flutuação metodológica entre a observação etnográfica e a reflexão etnológica, ela

própria geradora de novas subdivisões analíticas e referências teóricas/conceituais distintas (e.g., no quadro de antropologias africanistas, orientalistas, ou mesmo sul-americanas, a *estrutura* e/ou a *função* de uma determinada sistémica cultural, nos termos específicos do antropólogo social britânico Evans-Pritchard ou do etnólogo francês Lévi-Strauss).

Todavia, a Antropologia assume um posicionamento mais alargado de teorização face à Etnologia (Barnard, 2006; Rossi e O'Higgins, 1981):

- A) A Antropologia Social está sobretudo focalizada nos assuntos que estão relacionados com a actividade do Homem em comunidade/sociedade (família e parentesco, funções das instituições sociais, principais modelos de economia, política, religião, classes e normas sociais, etc.).
- B) A Antropologia Cultural assenta essencialmente em temas relacionados com a produção e reprodução das culturas materiais e simbólicas (crenças e valores, mitos e ritos, conhecimentos e técnicas materiais e de produção, usos e significações dos objectos quotidianos, explorações das linguagens e narrativas, símbolos e representações sócio-simbólicas, cognições e traços de comportamento ou personalidade, formas de transmissão cultural, etc.).

A respeito da relação entre estas diferentes abordagens, J. Copans (1999, p. 13) determina que a “passagem da etnografia à etnologia e, depois, à antropologia, revela um enquadramento aparentemente técnico e teórico e um processo de generalização e de comparação cada vez mais amplo” e acrescenta, sem síntese, que “as tradições científicas nacionais inflectem, naturalmente, essa progressão e o conjunto dessas três abordagens constituiu, no final de contas, uma única e mesma disciplina”.

Após análise e interpretação dos dados etnográficos cabe à Etnologia estabelecer os modelos de análise comparativa entre os diversos produtos culturais, de modo a edificar as bases do que poderá constituir uma definição específica em torno de uma abordagem teórica.

No sentido de análise intermédia – entre a descrição empírica e a avaliação teórica –, o termo «etnologia» representou até meados do século passado em França o próprio campo da Antropologia Social e Cultural. Já no contexto anglo-saxónico procede-se tradicionalmente à diferenciação entre os estudos monoculturais

(etnográficos) e interculturais (etnológicos, no sentido “*cross-cultural*”, multicultural e/ou transcultural).

Enquanto a Etnologia, durante um longo período temporal, assumiu a responsabilidade de descrever e sistematizar os conhecimentos obtidos sobre os povos ditos «primitivos», couberam à Antropologia Social e à Antropologia Cultural (Augé e Colleyn, 2005), adjuntas das estratégias qualitativas de obtenção de dados (onde se inclui, entre outras, a Etnografia), os papéis de principal centralização no que diz respeito a produção do conhecimento antropológico, em concreto relativamente às organizações económicas, políticas, religiosas e sociais, ou mesmo, ainda, às Línguas naturais.

A Etnografia e a teoria estão, assim, dependentes um do outro para a formação dos campos científicos da Antropologia Social e Cultural. Desde finais do século XIX que a produção teórica já expôs, à luz da cultura científica dominante, múltiplos níveis de explicação antropológica. Sem incluir muitas outras tendências (como *neo-evolucionismo*, *marxismo* e o *neomarxismo*, *pós-estruturalismo*, *análise sistémica*, orientação pelo *interaccionismo simbólico*, etc.), são representativos o *evolucionismo*, o *difusionismo*, a *Escola cultura e personalidade*, o *funcionalismo*, o *estruturalismo*, a *Cultura enquanto «tradução»*, ou como «*escrita*».

### **1.3. Sucinto Enquadramento da Antropologia Médica.**

As investigações orientadas para abordagens sociais e culturais sobre as semelhanças ou diferenças existentes quanto à saúde e à doença nos agrupamentos humanos integram-se, de um modo geral, num ramo especializado de conhecimento globalmente designado por «Antropologia da Saúde».

Procurando uma expressão de maior rigor, tanto no que concerne ao desenvolvimento histórico quanto no peso actual da sua maior produção empírica e teórica, a designação mais aceite – embora discutida pelo «peso» que transporta enquanto produto de um certa cultura científica – é o de «Antropologia Médica». Mais

do que uma definição vaga sobre «saúde», ela centra muito da sua intervenção de estudo em acções, noções e representações associados à «doença» e aos processos de «cura».

Na medida em que todos eles são culturalmente instituídos e socialmente (re)produzidos, na relação entre quem cuida (curador, terapeuta, médico, técnico, xamã, «*medicine man*», adivinho, bruxo, etc.) e quem é cuidado (receptador, enfermo, doente, paciente, incapacitado, diminuído, limitado, sofredor, etc.) existe uma clara desigualdade ou um profundo desfasamento entre os conhecimentos e as competências, as narrativas e os discursos, as formas/fontes e relações de poder.

Na tentativa de performar uma avaliação sobre os conhecimentos antropológicos coligados à temática da saúde, F. Laplantine (2004, p. 17) sustenta que para além da “*doença objectiva*” (i.e., segundo as considerações da medicina dita «científica»), há a necessidade de se estabelecer um conjunto de avaliações sobre a “*doença subjectiva*”, segundo os termos e os acontecimentos, acções e pensamentos, tradições e conhecimentos leigos (i.e., entre outros, os dos próprios doentes):

*com relação à doença tomada como objecto do conhecimento científico, ou seja, como acto de objectivação por um saber positivo, não é apenas “importante”, “interessante”... mas cientificamente necessário que uma verdadeira antropologia da saúde se volte também para o doente, que não só pode mas deve ser levado em consideração, tornando-se um autêntico pólo de conhecimento. [os itálicos são do próprio autor].*

Ao tomar-se o exemplo da Biomedicina ocidental, esses traços de separação poderão ser exibidos sob a forma de conhecimento biomédico ocidental, altamente especializado (i.e., longe da acessibilidade comum devida à elevada complexidade), com um código comunicacional próprio em termos de cultura de grupo (e.g., quadro «nosológico», «etiologia» da doença, «fazer um/uma...») não globalmente acessível, e imagem pública com elevado reconhecimento social e profissional (logo conferente de uma fonte de poder, enquanto «Doutor» de uma «Ciência» não compreendida ou dominada pelos outros).

Esse posicionamento não é único da Biomedicina ocidental; na realidade ele é comum aos restantes sistemas médicos de saúde existentes, havendo uma tendência global para o estabelecimento de referenciação segundo critérios claros: (1) a presença de um sistema oficial, e (2) a existência de outros meios não oficiais, alternativos, paralelos, complementares, exteriores, tradicionais (estes no sentido da sua antiguidade, prevalência da transmissão oral, prática repetida entre gerações, etc.).

A característica dominante no contexto da sociedade global actual é a de integrar múltiplos sistemas concorrentes como, por exemplo a técnica de acupunctura da medicina tradicional chinesa aplicada à odontologia de tratamento estomatológico ou à alergologia de dessensibilização imunológica.

Enquanto produto cultural somativo de matização adaptada entre o sistema racional científico biomédico ocidental e os sistemas médicos de origem oriental (Leslie e Young, 1992; Lock, 1980), uma das tendências adoptadas no quadro da vivência pós-moderna ocidental resulta da tentativa de conjugação, sob uma mesma designação, da medicina cosmopolita (biomédica ocidental) e da medicina ayurvédica e/ou tradicional chinesa (medicina tradicional oriental) no plano da chamada «medicina integrativa».

Cada sistema médico transporta um sistema cultural, historicamente constituído, de referências e explicações (nomeadamente de âmbito simbólico, com narrativas, metanarrativas e discursos próprios) e procedimentos (de natureza metodológica, técnica, etc.). Assim, uma das missões da Antropologia, em concreto da Antropologia Médica, é a de descrever, traduzir, explicar, compreender as multiplicidades e diversidades de soluções adoptadas pelo Homem em todos os lugares e ao longo do tempo face aos problemas colocados junto de assuntos que, de algum modo, se relacionam com a doença e a saúde.

Um dos interesses actuais ligado ao estudo antropológico sobre fenómenos de aculturação entre grupos sociais resulta da constatação observada nas sociedades ocidentais de transmissão cultural existente entre elementos característicos da terminologia e conceptualização científica biomédica para a linguagem corrente, leiga ou não, da cultura popular (e.g., «diagnóstico» e «terapêutica», também aplicados, de resto, em avaliações de âmbito sócio-político, económico, ou mesmo desportivo).

O mesmo sucede, de certo modo, com os novos suportes de informação global massificada (e.g., Internet), em particular com a colocação de extensas, profundas e detalhadas matérias de natureza médica, algumas delas muito especializadas, à disposição de qualquer interessado (colocando interrogações por parte de alguns sectores biomédicos da saúde pública sobre o autodiagnóstico, a autoprescrição, a

automedicação, o rigor e a actualização da informação, o desacompanhamento pessoal na forma de um técnico credenciado, etc.).

As diferentes concepções da doença e da saúde, sejam leigas ou especializadas, envolvem, por via do meio de suporte que lhe permite uma manifestação objectiva e subjectiva de um certo tipo de bem-estar, a presença de uma unidade física: o corpo. Também ele está dependente de conceptualizações e representações que servem, entre outros, como meios de intervenção.

Um elemento interessante, e nem sempre sublinhado, é que desde a fundação da Antropologia moderna, e em particular desde a produção dos primeiros trabalhos etnográficos, tanto os temas de «saúde» quando os de «doença» e «cura» estavam directa ou indirectamente ligados à própria importância do «corpo», em dimensões individuais ou sociais (esse tema, de resto, também está presente em estudos de Sociologia da Saúde, sobretudo em autores franceses).

Como defende D. Le Breton (1995, p. 58) no quadro de uma abordagem sobre a Antropologia da Dor, e em que o corpo é considerado uma realidade que muda de uma sociedade para outra, com imagens, sistemas de conhecimento e ritos que o colocam socialmente em cena:

O corpo não é uma colecção de órgãos e de funções agenciadas segundo as leis da anatomia e da fisiologia, mas antes uma estrutura simbólica. Noutros termos, o saber biomédico, saber oficial sobre o corpo das nossas sociedades ocidentais, é uma representação do corpo de entre as outras, eficaz e legítima nas práticas que ele sustenta. Mas são igualmente eficazes na dimensão própria das medicinas que sustentam as visões bem diferentes do mal e do corpo elaboradas no seio de outras culturas. As representações do corpo formam à escala do mundo uma nebulosa de imagens que alimentam as intervenções terapêuticas.

Na prossecução dessa abordagem, a incorporação da Antropologia Médica na reflexão dita «intelectual» ou «popular» sobre o corpo pode ser considerada como uma parte integrante da avaliação de temas sobre doença e saúde. Porém ela não é a sua parte fundamental; a preponderância na análise da problemática permanece a da «doença». E, também, nessa decorrência, sobre tudo o que está culturalmente associado à cura.

Com efeito, sob a tentativa de fixar um resumo quanto ao objecto em estudo o antropólogo e médico francês J. Benoist (2002, p. 21) afirma:

A Antropologia Médica implica que a atenção se coloque sobre tudo o qual se «remedeia» [«cura»] tomando conta de quem pede ajuda: ela trata do infortúnio, da sua gestão, da sua interpretação; ela ultrapassa o corpo, as suas agressões e as suas lesões, e envolve múltiplas vias através das quais as sociedades têm dado respostas às questões que o facto de serem

vulneráveis, sofrendores e mortais coloca a toda a humanidade e a cada indivíduo. [tradução adaptada].

No âmbito das forças vitais que ligam o Homem à Natureza, o corpo biológico é não só um suporte físico mas também um *ente* do que é social e culturalmente (nomeadamente na sua componente «científica») considerada a doença face à saúde, a dor perante a eventual exposição do sofrimento.

Se a dor está associada, na Medicina ocidental, a um disfuncionamento de natureza orgânica e/ou psicofísica, ou ainda psicossomática (i.e., «psicossomático», quando o estado psíquico influencia o corporal; «somatopsíquico», quando a condição física afecta o estado psíquico), a manifestação e negociação pública da mesma são, todavia, social e simbolicamente instituídas, em concreto através das relações de poder bem como da gestão das trocas sócio-simbólicas existentes numa determinada comunidade (por força das imagens, concepções, percepções ou representações individuais e sociais decorrentes da avaliação do corpo e da sua respectiva significação).

Estes «acordos» conferem não só uma indicação de normalidade (estatisticamente, um padrão e uma moda) como também fazem depreender uma ideia de desvio à mesma no que concerne a gestão da doença (incluindo as suas relações com o corpo, o sofrimento, a cura e a saúde): do desconhecido ao (re)conhecido, da doença à cura, da dor ao apaziguamento, da ansiedade à calma, da (in)competência leiga à competência formal, do incorrecto ao correcto (e.g. nas relações sociais, uma linha de moralidade ética e estética no campo da saúde; nas imagens corporais e «peles» produzidas, etc.).

A propósito, e numa vertente da Antropologia do Corpo, sobre o tema do corpo «trabalhado» D. Le Breton (1999) argumenta que os “limites do corpo desenham à sua escala a ordem moral e significativa do mundo.” (p. 221).

Numa tentativa de síntese provisória, é assim possível sustentar que na subdisciplina da Antropologia Médica são privilegiados os estudos empíricos associados a estratégias de observação directa sobre problemáticas direccionadas ao tema da «doença». A partir dele, poderão ser extrapolados outros assuntos directamente relacionados, a saber os temas da cura, do corpo, da dor, do sofrimento e da saúde.

Sobre todos eles, as propostas de estudo poderão ser de índole biocultural ou sociocultural.

Na vertente social e cultural, a mais importante na produção científica antropológica actual, as investigações empreendidas tendem a incidir sobre as esferas das culturas materiais e simbólicas, relações, práticas e discursos sociais, acções e técnicas empreendidas, narrativas sobre as significações do corpo, das doenças, dos actos de cura, e da saúde, ou ainda na análise às racionalidades médicas (e.g., sobre estatutos e contactos sociais, relacionamentos profissionais entre técnico/utente e técnico/outros técnicos de saúde, abordagens nosológicas de classificação empreendidas nos quadros de avaliação sintomatológica, estratégias profiláticas e terapêuticas) face a um certo sistema médico.

Muito embora se apresente algo «compartimentada», talvez um dos mais interessantes modelos de enunciação sobre os principais âmbitos de estudo da Antropologia Médica esteja presente no índice e no conteúdo da obra intitulada “*Cultura, Saúde e Doença*” (2003) do médico e antropólogo americano C. G. Helman. Por entre variadas outras informações, através da obra o autor:

- A) Demonstra, argumentativamente, as tensões decorrentes da elevada complexidade e abrangência advindas da exploração dos temas em estudo no seio da Antropologia (i.e. entre o uno e o plural, o totalizante e o parcial, o comparativo e o específico, o concreto e o relativo) e, por força da análise particular, à própria Antropologia Médica.
- B) Incorpora, num plano biocultural, definições culturais de «anatomia» e «fisiologia», «dieta» e «nutrição», estabelecendo também análises sobre as relações entre cultura e farmacologia.
- C) Explora, em relação aos assuntos da «doença» e da «saúde», temas e subtemas em torno de cultura e dor, género e reprodução, premissas de cuidado e cura no plano da atenção em saúde, explicações/exposições e relações médico/paciente, práticas rituais e tratamentos ao infortúnio.
- D) Expõe as principais abordagens à Psiquiatria Transcultural e aos elementos culturais associados ao «stress» (hoje cada vez mais enquadrados na chamada «Psiquiatria Cultural»).

- E) Realça as associações entre factores culturais e Epidemiologia, bem como a integração desse tema no papel da Antropologia Médica no contexto da saúde global.
- F) Aborda as modalidades de pesquisa passíveis de serem empreendidas na investigação etno-antropológica (qualitativo, etnográfico, etc.).

Um último realce necessita ser estabelecido no que diz respeito às incidências da Antropologia Médica, tendo a ver com as enunciações sobre uma parte das suas estratégias de intervenção.

Utilizadas particularmente no quadro de projectos de saúde (privados ou públicos; nacionais e internacionais), quando enquadradas em iniciativas de Antropologia do Desenvolvimento – também considerada uma subdisciplina na América do Norte – e/ou Antropologia Aplicada colocam problemas que são mais de natureza prática do que teórica como, por exemplo, o questionamento sobre o significado ideológico de um programa internacional de intervenção face ao seu efectivo interesse ou à sua adequada legitimação económica e política, ou a interrogação quanto à preparação e competência técnico-profissional em saúde dos antropólogos médicos e/ou dos antropólogos com formação em Antropologia Médica.

Ainda na decorrência do mesmo ponto, um dos extremos analíticos passível de ser reportado corresponde à exploração, sob uma abordagem Social e Cultural, de uma Antropologia da «Antropologia Médica». No quadro de uma meta-antropologia, a avaliação sobre esse tema particular poderá, por exemplo, incidir sobre as condições de produção social do seu próprio discurso.

## **2. BREVE HISTORIOGRAFIA DA FORMAÇÃO DO CAMPO DISCIPLINAR.**

### **2.1. Abordagens Naturalistas ao Estudo do Homem na Ciência Moderna.**

A Idade Moderna foi, ela própria, em termos históricos, produtora de uma profunda ligação entre os campos científicos mais tarde criados da Antropologia e da Medicina, muito por força do interesse nos estudos sobre a Natureza. Ela é, também, precursora de um diferente olhar sobre os estudos das populações, muitos deles provenientes dos relatos de viagens sobre ambientes exóticos, usualmente correspondentes a territórios exteriores ao continente europeu.

No contexto de uma certa transformação intelectual operada na passagem do Período Moderno ao início da Época Contemporânea, a reviravolta na abordagem científica é operada quando muda o modo como é estudada e apreendida a realidade sobre um objecto ou tema de estudo.

Enquanto o racionalismo cartesiano do século XVII procurou fundamentar uma forma de compreensão da realidade sobre a Natureza e um modo de observação subjacente à dualidade «corpo/espírito», a produção de uma visão filosófica antropocêntrica de base Iluminista no estudo do Homem (bem como o ensejo idealístico da melhoria das suas condições de vida em sociedade) entre os séculos XVII e XIX motivou o desenvolvimento de considerações de teor empírico baseadas nos dados da observação, nos resultados da experiência, e nas prefigurações de teses suportadas nas exposições e replicações das provas.

Recorrendo a estudos descritivos comparados, com profundas ligações a categorizações taxonómicas, sustentaram, através da organização postulados ou Leis científicas potencialmente universais, modos objectivos de ordenação do real.

O médico, zoólogo e botânico sueco Carolus Linnaeus («Carlos Lineu», 1707-1778) foi uma das principais figuras proeminentes nas Ciências Naturais e, em particular, para a própria formação da ciência antropológica ao idealizar um sistema de classificação biológica por nomenclatura binomial, com o qual definiu a taxonomia moderna.

Sob um projecto de unicidade do Conhecimento no quadro da chamada «Ciência Ocidental» (essencialmente de tipo taxonomista, empiricista e utilitarista, sob a forma genérica de mnemónica totalizante), é no âmbito dessa classificação global que surgiram as abordagens funcionais e mecânicas sobre a Natureza, de relacionamento «causa-efeito».

A visão «organicista» constituiu-se como modelo explicativo alicerçado à melhor compreensão do funcionamento dos seres vivos: um corpo é organizado por partes que funcionam de modo interligado; em termos de processo vital, a existência de um problema (ou «*pathos*») é observada como disfunção (ou resposta anormal de um determinado órgão), a qual se reflecte no todo orgânico (isto é, na própria prossecução da vida).

Essa descrição orgânica mecanicista foi tomada como base explicativa do funcionamento da vida na Natureza, e subseqüentemente aplicada à própria compreensão do corpo humano (bioquímica, fisiologia, etc.), nomeadamente no que concerne a actividade mental (neurologia, psicocirurgia, etc.) e ao comportamento social humano. Entretanto mais alguns dados foram nela incorporados, nomeadamente o da influência do meio ambiente sobre a adaptação e evolução dos organismos; é a variável ecológica aplicada à própria evolução e sobrevivência das espécies, nomeadamente a humana.

Oriundas dos estudos de Geografia Médica (no quadro das medicinas militar e colonial, nas formas de «topográficas», «climáticas», «económicas», «étnico-patológicas») bem como os de Saúde Pública, as teses explicativas alicerçadas no ambientalismo foram cada vez mais tomadas no quadro da formação do campo científico antropológico, recorrendo para tal às incidências das teorias higienistas e das abordagens epidemiológicas. A Antropologia francesa (ou Etnologia na sua vertente sociocultural) foi fortemente influenciada por estas orientações analíticas, em concreto com a utilização da Fisiologia e da Anatomia comparadas.

Alicerçado no modelo explicativo da evolução dos seres vivos – segundo uma linearidade evolutiva comum a todas as espécies em que, através de um processo de selecção natural, as que competitivamente melhor se adaptam ao meio sobrevivem –, o modelo teórico evolucionista foi analiticamente adaptado na forma de evolucionismo

social: as sociedades evoluíam, de forma linear e por etapas, tendo desaparecido algumas e sobrevivido outras, de sociedades arcaicas (primitivas) a sociedades complexas (desenvolvidas, ou modernas).

No campo da Biologia Humana em geral, e na área específica da Saúde Humana em particular, enquanto produto de pesquisa empírica de base anatómica o modelo explicativo organicista determinou a formação do domínio autónomo da Biomedicina moderna. Com o recurso às determinantes de investigação instituídas em torno do positivismo científico ocidental desde meados do Século XIX, bem como à utilização de novos caminhos (junto da botânica, herbanária, química, bioquímica) e instrumentos (compreensão e isolamento dos princípios activos na farmacologia, desenvolvimento de meios auxiliares de diagnósticos, etc.), ela também passou a ser designada como «Medicina positiva ocidental».

Os resultados dos estudos sobre Biologia Humana também foram promovidos junto da Antropologia moderna. Nesta foi edificada uma das áreas de estudo que ainda hoje existe: a Antropologia Física (ou Antropologia Biológica, ou ainda Bioantropologia). Proveniente da História Natural e do trabalho dos naturalistas no século XVIII, orientou a sua intervenção de estudo nos caracteres físicos dos seres humanos.

O francês Georges-Louis Leclerc (1707-1788, dito «Conde de Buffon») defendeu que, no quadro da História Natural o Ser humano deveria ser observado sob uma óptica naturalista, de acordo com um modelo de observação positivista.

O médico e fisiólogo Johann Friedrich Blumenbach (1752-1840) também procedeu ao mesmo tipo de incidência analítica, explorando o estudo do Homem através da Anatomia Comparada e do estabelecimento de classificações sobre as «raças» Humana (cinco ao todo), argumentando que estas constituíam um aspecto da História Natural.

No seio do próprio desenvolvimento da Antropologia Física, e instituída na forma de Frenologia (localizações dos sentidos e da personalidade dentro do cérebro), as influências organicistas foram determinantes para a produção da *teoria localizacionista* de Franz Joseph Gall (1758-1828). O modelo explicativo não só apontava para as áreas funcionais e específicas do cérebro como procurava estabelecer

um padrão de diferenciação entre os seres humanos tendo em atenção o formato e a amplitude da caixa craniana (influenciando as primeiras incidências dos campos teóricos da Psicologia nas Ciências Sociais e da Psiquiatria nas Ciências Médicas).

As explicações de muitos intervenientes nesse período histórico pretenderam sustentar a mensuração da conduta moral de cada sujeito (nos planos cognitivos, emocionais, sociais, etc.) face às características expostas pelo tamanho do cérebro. Alguns desses elementos de craniometria reverteram em estudos antropométricos gerais. A antropometria, ligada à Antropologia Física, foi utilizada em diversas áreas científicas, nomeadamente em Medicina e na génese dos estudos forenses.

Todavia, coligada às *teorias evolucionistas e difusionistas*, as influências dessas diferentes redes teóricas (de análise diacrónica) foram notórias em variados campos científicos e sociais, em concreto no quadro das explanações históricas e políticas. Com incidência na História Natural, e num sentido ideológico de malthusianismo ou darwinismo social, foi entre outros empregue como meio de sustentação às argumentações eugenistas, racistas e racialistas no início do século XX.

## **2.2. Assuntos Sobre Corpo, Doença e Saúde na Ciência Antropológica.**

Enquanto médico, anatomista e antropólogo, o francês Paul Pierre Broca (1824-1880) também considerou o estudo do Homem e das raças humanas como fazendo parte da História Natural. Porém, no quadro das Sociedades científicas entre o início do século XIX e meados do mesmo, e enquanto fundador responsável em 1859 pela «*Société D'Anthropologie de Paris*», o cientista assumiu uma intenção de reservar à Etnologia um amplo leque de estudos em torno das raças humanas, entre outros: os traços e atributos físicos dominantes dos sujeitos, o carácter moral e o desenvolvimento intelectual dos mesmos, as tradições orais e escritas, as organizações sociais, as principais normas e regras sociais, os sistemas de crenças, as histórias e a geografias locais, os trajes e hábitos cerimoniais, as Línguas, as faunas, as floras e as suas expressões ou designações autóctones.

Tendo sido formulada no século XVIII no âmbito da «moral dos povos», a expressão «Etnologia» está ligada à separação entre a ciência etnológica e a literatura de viagem (usualmente, sobre o «exótico»). Partindo das descrições fornecidas por exploradores, militares, missionários, negociadores e representantes coloniais, os etnólogos passaram a incorporar no século XIX, e no âmbito de um conhecimento antropológico mais vasto, aportações oriundas de múltiplos campos científicos como Anatomia Comparada, Demografia, Direito, História, Linguística, Medicina Mental, Paleontologia, ou Zoologia.

Passando a estar subsequentemente ligada, entre os finais do século XIX e o início do século XX, aos estudos da evolução humana e à formação dos grandes museus sobre a mesma, a Etnologia recorreu aos contributos de disciplinas autonomamente emergentes nos âmbitos da Antropologia Geral, a saber a Arqueologia pré-histórica e as Ciências Médicas.

Conquanto essas incidências, e sobretudo através de trabalho efectuado em «gabinete», colocaram-se diferentes objectivos sobre as principais tarefas dos investigadores. Os etnólogos deveriam estudar as populações «primitivas» e os historiadores os povos «civilizados». As referências à medicina popular seriam considerados, na visão de ambos, «sobrevivências» de um passado.

É nesse enquadramento genérico que tanto em França quanto na Alemanha foram desenvolvidos dois tipos de estudo com repercussões na avaliação da problemática «doença/saúde»: as análises orientalistas e as reminiscências folcloristas.

Essas incidências analíticas e explicativas viriam a estar directa ou indirectamente incorporadas em duas das mais importantes correntes teóricas da Antropologia à época: primeiro no *evolucionismo* antropológico, mais tarde no *difusionismo*. Ambas marcariam o desenvolvimento da Antropologia Cultural na América do Norte, da Antropologia Social na Grã-Bretanha, e da Etnologia em França, tendo sido sustentadas por uma nova estratégia prática de observação dos modos de pensar e agir dos seres humanos, a Etnografia.

Considerado o principal impulsionador da Patologia moderna e das bases científicas da Medicina Social, Rudolf Ludwig Karl Virchow (1821-1902) também

criou na Alemanha, em 1869, a «Sociedade de Antropologia, Etnologia e Pré-História» («*Gesellschaft für Anthropologie, Ethnologie und Urgeschichte*»).

Enquanto médico e professor, e figura de proa na promoção das políticas de saúde pública, o investigador alemão promoveu a abordagem etnológica situada entre o levantamento de informações arqueológicas e os estudos de craniometria antropológica (estes sobre populações europeias do final do século XIX). A influência global dos seus trabalhos e das suas actividades de investigação antropológica foram também marcantes no desenvolvimento da própria Antropologia Cultural americana, sobretudo a partir dos estudos do germano-americano Franz Boas (1858-1942).

Com formação académica prévia nas áreas de Física e Geografia, e decorrente do acesso em 1883 às investigações de âmbito etnológico promovidas por R. Virchow, F. Boas desenvolveu um interesse pelo trabalho de campo através de um projecto de estudo psicofísico sobre uma comunidade «*Inuit*». Após essa experiência de terreno, no período inicial das suas investigações ele utilizou abordagens de Antropologia Física, em particular através dos estudos do corpo e do desenvolvimento humano, para estudar as comunidades nativas autóctones americanas no quadro de uma orientação teórica denominada de *particularismo histórico*.

Todavia, através de estudos comparados também passou a incorporar sobre essas mesmas populações o levantamento de dados ligados aos domínios da Arqueologia, da Linguística e dos Estudos Culturais, aprimorando, em simultâneo, a metodologia de investigação etnográfica.

Considerado um dos principais fundadores da Antropologia Cultural, F. Boas sustentou um conjunto de pesquisas estabelecidas em torno do conceito de *relativismo cultural*, tendo delineado, a partir dele, tanto uma estratégia de levantamento de dados quanto uma técnica de análise dos mesmos.

Dependente de múltiplas variáveis, a «cultura» de um certo grupo social humano é entendida, na análise antropológica boasiana, como uma entidade mutável e dinâmica (não sendo, por isso, aplicáveis «leis científicas» para a sua definição), só podendo ser compreendida através do trabalho empírico assente na actividade etnográfica (enquanto metodologia qualitativa de recolha de dados aplicada a um longo período de permanência entre o grupo observado).

Face ao contexto local da população observada, seria possível alcançarem-se os seus principais traços culturais específicos de uma população, a saber os comportamentos usuais, as crenças existentes e os símbolos utilizados.

De resto, e sobretudo nos domínios da relação entre *cultura e personalidade*, essa incidência sobre a dimensão psicológica (sobretudo nas vertentes cognitiva, comportamental, desenvolvimental e emocional) contextualizada à própria actividade etnográfica acabou por influenciar o percurso de pesquisa e a produção científica de muitos outros investigadores, em concreto junto de algumas das figuras proeminentes da Antropologia do século XX, como as antropólogas americanas Ruth Benedict (1887-1948) e Margaret Mead (1901-1978).

No contexto dos estudos associados ao corpo, M. Mead foi uma das figuras centrais na análise transcultural de problemáticas sobre género e sexualidade bem como das diferenças no desenvolvimento físico e psíquico entre crianças e adolescentes face aos modelos culturais de educação parental.

A abordagem à «doença» enquanto objecto da Antropologia Social britânica encontra a sua génese no trabalho de campo, em concreto junto de pesquisas etnográficas orientadas para a descrição dos sistemas médicos. No âmbito da Antropologia britânica, esses trabalhos incluem dados que incorporam as primeiras abordagens tanto da Antropologia Médica quanto da Antropologia Psicológica (muito embora esta última, pela área de estudo *cultura e personalidade*, tenha tido uma maior projecção no quadro teórico culturoológico da Antropologia Cultural americana do século XX).

É justamente no quadro geral da Antropologia Social, e no âmbito específico da intervenção etnográfica, que o etnólogo, neurologista e psiquiatra William Halse Rivers Rivers (1864-1922) produziu alguns trabalhos sobre a medicina mágico-religiosa, primeiro sob um quadro teórico *evolucionista* e, mais tarde, *difusionista*. Neste sentido, e muito embora a disciplina posteriormente tenha sido organizada e sistematizada, ele é considerado como um dos principais percussores da Antropologia Médica. Mostrou que as práticas médicas das sociedades ditas «primitivas» derivam de crenças médicas, tomando estas um certo sentido em função dessas mesmas crenças produzidas.

Na sua obra publicada postumamente (em 1924), W. H. Rivers descreve práticas médicas tradicionais face à cultura e à organização social, demonstrando a relação existente entre todas elas na forma de dois tipos de argumentação: (1) as práticas médicas corresponderiam a mais um dos processos sociais passíveis de serem analisados individualmente; (2) a natureza das concepções médicas produzidas por diferentes sociedades, supostamente «errada» na cultura ocidental, é sustentada através de sistemas de crenças na forma de raciocínios coerentes e lógicos.

Em síntese, coloca a problemática da prática médica sob duas vertentes que, de resto, configuram duas das principais orientações teóricas em Antropologia Social: a *funcionalista* e a *cognitivista*.

Considerado, a par W. H. Rivers, um dos fundadores da Antropologia Social, o investigador britânico de origem polaca Bronislaw Malinowski (1884-1942) foi também mais um dos impulsionadores das técnicas de investigação etnográfica, constituindo em conjunto com F. Boas dois dos autores de referência da Etnografia moderna.

Correspondendo a uma metodologia de teor qualitativo, na forma de observação directa (do tipo «participante»), ela incide no trabalho de campo e na utilização da técnica de descrição (monográfica ou não, através de informante, diário de campo e meio de registo) que auxilia no levantamento e na análise de dados sobre uma determinada cultura, certa população, ou um grupo social humano particular.

Contudo, se a observação participante correspondeu a uma estratégia de investigação (aplicada por F. Boas na observação dos movimentos de troca e reciprocidade entre as ilhas de um arquipélago situado a leste da Nova Guiné) ela também permitiu o estabelecimento de uma importante construção teórica: o *funcionalismo*. Esta foi essencial para a exposição de novos campos de análise, observáveis, de resto, na sua obra de 1932 “*The Sexual Life of Savages in Northwestern Melanesia*”, a partir da exploração de temas como a sexualidade, a reprodução, a alimentação e o corpo.

Ainda no campo da Antropologia Social britânica, é sob uma incidência analítica da subdisciplina de Antropologia Económica e no quadro de uma abordagem teórica *funcionalista* sobre a relação entre a dieta, o trabalho e a gestão do território em tribos africanas, que Audrey Richards (1899-1984) – uma antiga aluna de B. Malinowski –

desde a década de 30 do século XX explorou ainda com maior intensidade a temática da alimentação e nutrição no quadro da Saúde Humana. É, por isso, também considerada uma das fundadoras da Antropologia Médica, em particular através do seu sub-campo de estudo da Antropologia Nutricional.

Contudo, os resultados de B. Malinowski não se cingiram à Antropologia Social ou ao campo concreto da análise à componente físico-corporal do ponto de vista *funcionalista*. Eles também reportaram aos campos do onírico, do mágico e do religioso, avaliando os modos como estes influíam nas formas de organização do pensamento e dos consequentes comportamentos nessas populações ditas «selvagens». É nessa medida que, tomando em consideração a teoria freudiana, refutou a universalidade do modelo psicanalítico relacionado com o conflito edipiano devido à sua suposta não ocorrência face à observação dos comportamentos sociais então existentes nas acções quotidianas entre os jovens trobriandeses do sexo masculino.

Essas considerações levantaram várias outras argumentações opostas, duas delas fundamentais para o desenvolvimento, por um lado, das disciplinas de Antropologia Psicológica, Antropologia Psiquiátrica e Antropologia Psicanalítica e, por outro, da própria ciência antropológica em França.

Vários foram os trabalhos de natureza antropológica, de âmbito biológico ou sociológico, que afloraram ou desenvolveram assuntos relacionados com o corpo e a saúde. No quadro do trabalho etnográfico realizado, B. Malinowski é um exemplo evidente. Todavia, e muito embora nunca tenha ele próprio realizado trabalho de campo, é um sobrinho de Émile Durkheim (um dos fundadores da chamada «Escola sociológica francesa»), Marcel Mauss (1872-1950) – um jurista com agregação em Filosofia – que, entre outros temas sociológicos desenvolvidos, estabeleceu um conjunto de considerações de natureza conceptual sobre a génese e o valor da «troca», entrecruzando, entre outros temas, o das técnicas corporais em relação a alguns fenómenos sociais (ditos «totais», como as instituições religiosas, políticas, jurídicas, etc.)

Pela observação comparativa no plano da Etnologia, recorrendo à época aos dados etnográficos sobre sociedades ditas «exóticas» (com as quais não teve contacto directo), o investigador sustentou uma análise conceptual sobre o «dom» (ou «dádiva»,

por oposição à «*contra dádiva*», nos círculos das trocas pelo princípio da reciprocidade com recurso às dimensões materiais e sócio-simbólicas). Os relatos etnográficos demonstrariam, por exemplo, a relação mimética existente entre os símbolos corporais e os processos sociais, nomeadamente na forma de actividades significativas de natureza sócio-simbólica (como acto corporal, dança, feitiçaria, magia, moral, religião, ritual, etc.).

Os temas das obras mais densas do autor publicadas em vida reverteram, sobretudo, para a história «das religiões» e dos «povos primitivos», em particular sobre as componentes morais, políticas e jurídicas dos mesmos. Os restantes estudos publicados resultaram de compilações sobre textos colocados em revistas sociológicas (e.g., «*Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*», “*L'Année sociologique*”, seconde série, 1923-1924) ou de apontamentos de aulas retirados por assistentes e, subsequentemente, mais tarde compilados. Fazem hoje parte destas publicações individuais as sínteses das lições de Etnografia na composição “*Manuel D'Éthnographie*” (1947) bem como as revisitações aos textos «*Essai sur le Don*» e «*Les Techniques du Corps*» (num trabalho escrito em 1934 e publicado no “*Journal de Psychologie*”, XXXII, em 1936) na obra “*Sociologie e Anthropologie*” (1950).

Designado fundador da Etnologia e da Antropologia francesa, o pensamento científico e a obra intelectual de M. Mauss marcaram, de forma indelével, as iniciativas exploratórias dos etnólogos, particularmente os franceses, em múltiplas matérias de observação e análise da primeira metade do século XX, em concreto nas vertentes dos estudos antropossociológicos associadas às categorias do simbólico (e.g., cerimónia, Língua, onirismo, magia, religião, desenho, tatuagem, escarificação, máscara ritual, etc.), em matérias tão diversas quanto, igualmente, as de saúde.

No quadro de um empirismo cultural de tipo americano, embora mais orientado para a determinação intelectual à qual deu a forma ao *estruturalismo* do ponto de vista teórico, o investigador e pensador francês Claude Lévi-Strauss (1908-...) defendeu que, nomeadamente no que diz respeito ao pensamento sobre a doença, para a observação do «pensamento mágico» (ou «selvagem») era necessário sublinhar-se que não deveria ser aplicada uma oposição artificial entre práticas mágicas e práticas empíricas racionais.

Como sustenta o autor na sua obra de 1962 “*La Pensée Sauvage*”, a questão da racionalidade pode ser uma armadilha quanto nos interrogamos sobre a eficácia terapêutica de uma cura numa determinada sociedade, uma vez que não se pode retirar a dimensão simbólica dos tratamentos em detrimento do que seria «racional» aos olhos das práticas ocidentais, não devendo por isso existir uma oposição entre os dados empíricos e simbólicos.

Em termos de *antropologia estrutural*, na relação entre a cura e o remédio, e dentro de uma certa cosmogonia (i.e., uma certa organização do universo), para C. Lévi-Strauss há uma forte ligação em termos de eficácia simbólica, sendo tarefa do antropólogo apreender as leis do pensamento simbólico.

Numa diferente linha de análise, mas algo complementar em termos de objecção teórica, o antropólogo e psicanalista húngaro Géza Róheim (1891-1953) – estabelecido nos EUA a partir de 1938 – edificou as bases de uma mais profunda compreensão sobre as actividades do subconsciente numa perspectiva transcultural, tomando concretamente, como base comparativa, os dados indicados nos trabalhos de B. Malinowski.

Segundo este último, na população das Ilhas Trobriand o modo de parentalidade seria matrilinear. Perante a importância social da mãe, e o papel preponderante do tio materno em detrimento do pai biológico, não foi possível aí verificar-se a existência do *complexo de Édipo*. Todavia, incentivado pelas principais figuras da Psicanálise à época, G. Róheim procedeu a uma série de trabalhos de campo onde foi capaz de determinar a existência do conceito edipiano, não orientado para o pai, mas precisamente direccionado ao tio materno (principal figura masculina dominante).

A problemática ligada às racionalidades e aos sistemas de pensamento das comunidade «primitivas» face às existentes entre os povos «civilizados» ocidentais é transversal a alguns investigadores das áreas de Antropologia Social e Cultural até meados do século XX. Por isso, ela não também não deixa de estar presente em estudos orientados para a «doença».

Nos EUA, através da obra “*Primitive Concept of Disease*” (1932) Forrest Edward Clements (1900-1970) expõe uma lista com cinco diferentes tipos de causas sobre a origem das doenças – muitas vezes interligadas entre si –, passíveis de serem

encontradas de uma forma mais ou menos manifesta em todas os agrupamentos humanos: (1) a violação de um interdito ou quebra de um tabu, (2) o corpo ou um objecto de intrusão, (3) o espírito de intrusão ou uma alma perdida, (4) a possessão por parte de um espírito, (5) a magia ou a actividade de agressão por parte um bruxo.

Tal como W. R. Rivers no âmbito da Antropologia Social, também F. Clements estabelece uma análise inicial no quadro da Antropologia Cultural sustentada nos preceitos *evolucionistas* para depois passar a argumentar a temática da doença numa perspectiva tipicamente *difusionista*.

Muito embora o investigador tenha pretendido consubstanciar uma índole universal sobre algumas formas de comportamento humano, as suas pesquisas não tiveram em conta as grandes diferenças existentes nas práticas e nos sistemas de crença ou pensamento, resultando mais numa visão meta-analítica sobre o assunto, importante, de resto, para os estudos subsequentes da etiologia das doenças no campo da formação da Antropologia Médica.

Conquanto esse campo disciplinar tenha tido um incremento maior a partir de meados da década de 60 do século XX, Erwin Heinz Ackerknecht (1906-1988) é por muitos considerados como o fundador da Antropologia Médica no seio da Antropologia Cultural americana. Médico e historiador da Medicina, enquanto professor de Medicina desenvolveu vários estudos de âmbito etnológico sobre a medicina tradicional a partir das décadas de 40 e 50, em especial no quadro da chamada «medicina primitiva».

No entanto, afastando-se das anteriores abordagens *evolucionistas* e *difusionistas* sobre as influências das componentes mágico-religiosas nas explicações relacionadas com a «doença», E. H. Ackerknecht procurou fazer uma transição conceptual, passando da definição de «primitivo» nos campos da Medicina (sobretudo em referência à dimensão psíquica) e da Cultura para o de «normalidade».

De uma forma concreta e expedita, e no quadro de um certo *relativismo cultural*, se num dado contexto cultural algo é determinado como sendo «normal» é porque, efectivamente, é normal (sublinha-se) para essa comunidade. Fora quaisquer outras eventuais redundâncias, para o autor as explicações sobre uma determinada doença não têm necessidade de se sustentarem numa base empírica, na medida em que elas são, para ele, sobretudo decorrentes de uma abordagem ou cosmovisão mágico-religiosa.

Embora para o observador ocidental elas aparentem ser irracionais, tal não significa, todavia, que as medicinas ditas «primitivas» não possuam sistemas de pensamento intrinsecamente lógicos, e também, por isso, igualmente eficazes. Fora da limitação racional no que diz respeito à significação da doença, caberia ao investigador descobrir e avaliar comparativamente as «lógicas» existentes e o impacto que as mesmas assumem em termos de eficácia.

Maioritariamente publicados em revistas de análise histórica da Medicina, os artigos produzidos por E. H. Ackerknecht foram fundamentais para a exploração de um novo campo de estudo em Antropologia. Muito embora o autor não tenha formalmente consubstanciado a nova disciplina, ele foi essencial para que muitos outros reflectissem sobre algumas das suas considerações no que concerne a «doença», tanto na vertente física quanto na psíquica (em particular no quadro psicanalítico).

No campo da Antropologia Social britânica as iniciativas de estudo foram sobretudo decorrentes dos trabalhos de campo produzidos em contexto africano sobre temáticas mais amplas (Economia, Parentesco, Religião, etc.) e não tão concisas (i.e., unicamente orientadas para temas ligados à «saúde») quanto a americana. Dois dos mais importantes autores são, também eles, representantes de duas diferentes correntes teóricas. Estas assentam, em grande medida, no impulso inicial dado por W. R. Rivers.

A corrente *cognitivista* (que não deve ser confundida com a Antropologia Cognitiva americana) visa identificar as principais categorias estabelecidas pelas diferentes culturas sobre a experiência da doença, ou melhor, as formas como as diferentes culturas percebem e estruturam mentalmente essa experiência. A teoria *funcionalista*, bem como a modalidade *estruturo-funcional*, pretende determinar quais as funções sociais das representações da doença numa certa comunidade.

Essas abordagens teóricas estiveram subjacentes em trabalhos de vários investigadores britânicos. Com a obra “*Witchcraft, Oracles and Magic Among the Azande*” (1937), Edward Evan Evans-Pritchard (1902-1973) procurou demonstrar que, no quadro das concepções (i.e. significações) de bruxaria em formas de religião «primitiva», as crenças ditas «irracionais» dos Azande sobre a etiologia e a cura ou a resolução do problema tinham significados e sentidos dentro do contexto social e das respectivas representações sociais.

No seu trabalho “*The Forest of Symbols: Aspects of Ndembu Ritual*” (1967), Victor Witter Turner (1920-1983) estabeleceu a gênese da tentativa de utilização de uma abordagem antropológica de ordem simbólica e interpretativa, tomando, por exemplo, os ritos e os rituais como metáforas. Decorrentes dos aspectos cognitivos relacionados com o simbolismo religioso, para o autor na sociedade «Ndembu» a adivinhação possuía um papel social de ordem institucional para a elaboração de um diagnóstico sobre uma determinada doença (ou «mal»).

### **2.3. Autonomização da «Antropologia Médica».**

Sobretudo através de iniciativas governamentais e apoios de instituições privadas, no início da década de 50 – fruto do ímpeto internacionalista dos EUA no período do pós-guerra 2ª Grande Guerra Mundial (G.G.M.) – os estudos orientados para os assuntos relacionados com o que viria a ser, duas décadas depois, a «Antropologia Médica» tomaram um maior protagonismo na vertente de estudos aplicados. Para tal foram efectuadas inúmeras actividades de levantamento de dados socioculturais sobre os processos de doença e cura no quadro da Antropologia Aplicada, através dos quais foram empreendidos programas de intervenção para a promoção e o desenvolvimento da saúde pública internacional.

Membro de um grupo de cientistas sociais que pesquisaram o ajustamento social e pessoal entre nipo-americanos no final da 2ª G.G.M., o antropólogo especializado nas relações entre «cultura» e «personalidade» William Abel Caudill (1920-1972) orientou as suas investigações para as áreas de Psicologia e Psiquiatria Transcultural, tendo tido como principal referência de estudo as doenças e os tratamentos mentais em clínicas e hospitais.

Expandiu essas pesquisas a partir da década seguinte no âmbito da Antropologia Aplicada, concretamente junto de populações nipónicas e nativas americanas. Desenvolveu trabalho de campo sobre a tribo índia «Chippewa» (também dita «Chippeway») especificamente orientado para os tratamentos médicos às doenças, e às ideias ou representações culturais globalmente associadas às mesmas. Estas iniciativas

deram lugar a um artigo em 1953 intitulado “*Applied Anthropology in Medicine*”, o qual foi determinante para a posterior formação na Antropologia do campo específico de estudo da Antropologia Médica.

Para a edificação deste campo disciplinar também foi importante a contribuição de um outro americano – de ascendência húngara – Steven Polgar (1931-1978). Sendo um dos principais dinamizadores da Antropologia Aplicada no que diz respeito à fundamentação teórica sobre as técnicas de estudo e apoio das populações observadas e/ou intervencionadas, desenvolveu em África (em especial no Gana [ou «Ghana»]) um projecto de desenvolvimento comunitário sustentado nos vectores da agricultura, economia e saúde.

Parte dos resultados do projecto deram origem a publicação de um artigo em 1962 sob o título «*Health and Human Behavior: Areas of Interest Common to the Social and Medical Sciences*» que representou um marco fundamental para a apresentação da estrutura de relação existente na colaboração entre as disciplinas de Antropologia e Medicina em programas internacionais de intervenção e desenvolvimento.

No enquadramento destes trabalhos anteriores, e através das iniciativas produzidas através das instituições «*U.S. Public Health Service*» e «*Harvard School of Public Health*», o psicólogo, sociólogo e antropólogo americano Norman A. Scotch (1928-...) estabeleceu no seu artigo intitulado «*Medical Anthropology*» publicado em 1963 uma abordagem objectiva e formal às dimensões sociais da «saúde» e da «doença» focalizadas através de variáveis sociais e culturais. Formalizou, assim, umas das primeiras incidências da temática «médica» em estudos de Antropologia.

Muito embora tenha produzido investigações no contexto específico da produção científica americana, N. Scotch utilizou uma abordagem de estudo mais orientada para o âmbito tradicional da Antropologia Social, sobretudo através de estudos de âmbito etnológico (com a utilização da técnica «*Cross Cultural Disease Survey*»), tendo tomado particular atenção à temática da «Etnomedicina». A incidência particular operada nos seus trabalhos de campo efectuados em África e entre populações autóctones dos EUA veio a definir o que passou a designar-se por «Antropologia Médica».

É a génese desse novo campo de estudo (ou subdisciplina da Antropologia Social e Cultural) que permitiu a formação a partir da década de 70 do século XX – e já depois da saída de N. Scotch para a Universidade de Boston (onde implementou um projecto autónomo ao nível da Saúde Pública) – de diversas unidades de investigação constituídas por antropólogos, médicos, enfermeiros, psicólogos e psiquiatras (alguns deles com múltiplas formações acumuladas).

Com a utilização de abordagens transdisciplinares das temáticas médicas centralizadas nos assuntos sociais e culturais produziram-se múltiplos trabalhos ao longo das restantes décadas, alguns deles através do chamado «*Grupo de Harvard*», os quais estiveram subjacentes à exposição de alguns dos conceitos mais importantes da nova disciplina, a saber os de «*disease*» e «*illness*».

Antropólogo e psiquiatra, com pesquisa produzida desde finais da década de 60 sobre a relação entre cultura e medicina, Arthur Kleinman é, porventura, uma das principais referências para a determinação da Antropologia Médica enquanto disciplina autónoma, sendo “*Writing at the Margin: Discourse Between Anthropology and Medicine*” (1997) uma das suas obras mais representativas.

Influenciados pelos autores acima enunciados (como, entre outros, R. Virchow) e motivados pelas dinâmicas individuais de estudo, vários investigadores oriundos das Ciências Sociais e das Ciências Médicas formaram em 1967 nos EUA a «*Organization of Medical Anthropology*», seguindo-se, em 1968, o «*Group for Medical Anthropology*». Este desenvolveu actividades nos quadros da «*Society for Applied Anthropology*» e da «*American Anthropological Association*» (AAA).

Em 1970, procurando promover os aspectos antropológicos da «saúde», da «doença», do «cuidado de saúde» e de outros tópicos sobre eles relacionados, o grupo de investigadores assumiu institucionalmente uma outra designação, passando a ser intitulada como «*Society for Medical Anthropology*».

No ano seguinte, e no âmbito de uma autonomização temática disciplinar, a mesma foi integrada na AAA como secção autónoma, tendo-lhe sido reconhecido deste modo uma inequívoca independência científica. É, por isso, nos âmbitos das actividades académicas e profissionais, a mais antiga, importante e representativa sociedade científica centrada sobre essa especialidade antropológica.

### **3. ELEMENTOS DE ANTROPOLOGIA MÉDICA.**

#### **3.1. Áreas e Incidências Analíticas.**

##### **3.1.1. «Saúde» como produto cultural.**

As vertentes temáticas de Antropologia Médica exploradas desde o período Moderno estão em grande medida associadas aos interesses pelos assuntos de saúde humana em contextos de estudo alicerçados na Biologia Humana (sobretudo pela via da Antropologia Física) e no âmbito sociocultural (Antropologia Cultural, Antropologia Social, Etnologia, Arqueologia, Etnografia).

Porém, as incidências temáticas consubstanciaram-se em torno de temas de evolução biológica humana, análise corporal, ciclo de vida, nutrição, Psicologia (cognição, emoção, etc.) e Psiquiatria (psicose, etc.), ou ainda no âmbito da Antropologia Aplicada ao desenvolvimento e à saúde.

Tendo em vista o estudo descritivo da Natureza, em especial as múltiplas expressões da vida humana, a «saúde», a «doença» e o «corpo» ocupam um lugar de realce nas narrativas científicas produzidas. As explicações teóricas sobre a actividade passada e presente do Homem, bem como as formas como pensa e age em sociedade, estiveram subjacentes a um elemento fulcral de exploração: a Cultura.

Concorrente de outras espécies, o Homem sempre teve de lidar com a manutenção da vida, e, em última instância, à sua própria finitude. A diferença notória nos humanos é a de que utilizaram o conhecimento acumulado de geração em geração, sob a forma de «cultura», para operarem uma intervenção objectiva sobre esse «fim».

As explicações particulares oriundas de um certo saber cultural permitem que a humanidade lide de modo próprio sobre as alterações ao bem-estar individual e social, como a ansiedade, o medo, a tristeza, a dor ou a doença, procurando atenuar e/ou colmatar a existência de problemas, de ordem física ou mental, que de algum momento possa atentar à própria sobrevivência.

Nessa medida, a localização das perturbações através dos indícios produzidos, as narrativas explicativas sobre o surgimento dos mesmos, os rituais empregues na relação entre o «conhecedor» (especialista, doutor, cuidador, etc.) e o «doente» (utente,

paciente, sofredor, etc.), ou os modos de atenuar ou curar o «mal» são produzidas e utilizadas num certo substrato sociocultural, variando todos eles no espaço e no tempo enquanto «produtos culturais».

Por via da definição de «normalidade» existente em qualquer grupo social humano (grupo, organização ou instituição), e das expectativas sociais sobre ela ligadas, ao tomar-se em consideração um determinado *ethos* corrente (i.e. uma maneira específica de pensamento e uma certa forma de agir) sob a forma de padrão de comportamento dominante, é necessário depreender-se a existência de um desvio sobre o que é «oficial», algo de alternativo ou paralelo em relação à norma. Tal ocorre, também, sobre os assuntos ligados à Saúde; os que são agora procedimentos «oficiais» também já foram, em tempos, mesmo que de modo breve, «marginais».

A dinâmica sociocultural de formação da norma e do desvio é, assim, sobretudo dependente das regras e dos múltiplos jogos de crenças e valores, bem como dos meios utilizados e resultados alcançados. No quadro de uma observação de índole qualitativa, é possível sustentar que um dado objectivo (e.g., estar «doente») é sempre dependente de avaliações subjectivas (i.e., psicológicas, individuais, pessoais) e intersubjectivas (psicossociais, por interacções e/ou inter-relações).

A vivência de uma dada enfermidade está dependente de concepções, representações e significações de ordem pessoal e social, num quadro sociocultural dinâmico dependente de constantes reavaliações (bem como de «renegociações»). É assim possível que um certo dado objectivo conflitue com a avaliação subjectiva ou intersubjectiva (e.g., socialmente subavaliar uma doença, colocar o papel de «doente» por idade ou género, etc.).

### **3.1.2. Classificação do campo científico da Antropologia Médica.**

Dentro dum incontornável enquadramento biopsicossocial, a explicitação da dimensão cultural assumiu um papel preponderante para a formação de um novo campo interdisciplinar sobre a «saúde», tendo servido como base de um número elevado de estudos a partir da década de 80 do século passado. Nela realçam-se a importância que a variável «cultural» (ou «sociocultural») assume nos resultados das investigações de

âmbito biomédico e no interesse que os temas de saúde assumem nos estudos de Antropologia.

Integrando a ampla temática da «Vida», as informações resultantes de estudos sobre o corpo, a doença ou a saúde em Antropologia envolvem especialidades de Antropologia Biológica (nas vertentes Física, Genética, etc.), Antropologia Cultural e Antropologia Social. Enquanto campo disciplinar próprio, a Antropologia Médica utiliza como suporte conceptual, metodológico e técnico tanto as aportações oriundas das Ciências da Saúde quanto das Ciências Sociais.

De acordo com a nomenclatura (*Netgrafia*, [1]) da «*Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura*» (UNESCO) existente desde 1988 para a classificação dos campos científicos, enquanto as Ciências Médicas (32) englobam, entre outras, as áreas científicas de Psiquiatria, Ciências Clínicas (Pediatría, etc.), Farmacologia, Epidemiologia e Saúde Pública, a Antropologia Médica (2402.07) surge das Ciências da Vida (24) e entronca na Antropologia Física (2402), a par de outros domínios como, por exemplo, os de Biologia Animal (ou Zoologia), Biologia Humana (com a especialidade de Ecologia Humana e «*Human Development*», por exemplo), Etologia, Genética, ou Fisiologia Humana.

Nessa medida, e tendo em consideração a temática da «vida» no quadro das expressões de «doença» e «saúde», nesse sistema de classificação o campo disciplinar da Antropologia Médica encontra associações com disciplinas de Ciências Naturais (Biologia e Ecologia, entre outras) e de Ciências da Saúde (Medicina, Biomedicina, etc.).

Todos os restantes assuntos de «saúde» relacionados com a utilização de abordagens socioculturais estão subjacentes às classificações de Antropologia (51), Antropologia Cultural (5101), Etnografia e Etnologia (5102) e Antropologia Social (5103). De entre eles todos eles, assinalam-se as especialidades de medicina tradicional (parcialmente coligada ao domínio da produção de drogas naturais em Farmacologia), magia, bruxaria, simbolismo, adornos e vestuários.

### **3.2. Dimensões e Objectos de Estudo.**

#### **3.2.1. Significações de corpo e doença.**

Recorrendo a variadas sínteses científicas, na obra “*Encyclopedia of Human Evolution and Prehistory*” (Delson et al., 2000) é defendido o princípio subjectivo – por força das circunstâncias de análise, não irrefutavelmente (com)provado – de que o processo evolutivo do Homem Moderno foi consumado num período temporal compreendido entre 200.000 e 35.000 anos.

É neste âmbito evolutivo bio-psico-desenvolvimental que, ainda segundo a mesma fonte, terão sido produzidas as condições de formação dos atributos comportamentais relacionados com a exploração e produção de actos curativos, prevenção (i.e., num contexto prospectivo, de planeamento das expectativas futuras e gestão face à gestão dos recursos escassos), bem como rituais, simbolismos, e ornamentos pessoais.

Ao tomarem-se essas constatações, tal como também sustentam A. Strathern e P. Stewart (1999) no seu trabalho “*Curing and Healing: Medical Anthropology in Global Perspective*” será possível depreender-se que a preocupação com os actos do «cuidado» (i.e. de atenção social sobre o indivíduo, e vice-versa) ou da «cura» estão pelo menos temporalmente associados ao da significação que o corpo possa assumir no âmbito da sua ornamentação, enquanto «segunda pele». Esta também estará ligada à própria produção cultural, sob a forma comunicação por objectos, desenhos, cores e padrões. Todos estes podem ser exibidos por cima da pele e na própria pele (superficialmente, ou dentro dela), de modo simbólico e/ou ritual.

Na avaliação da doença por diferença da saúde, o corpo e a sua significação ganham uma preponderância elevada. O corpo corresponde ao que pode ser visto, disfarçado, ensaiado, treinado, escondido, falado, lembrado, esquecido. Em competição no ambiente Natural, ele é meio de subsistência e reprodução, de defesa e ataque, de comunicação e informação, de coesão social ou dissidência, de contacto ou distanciamento, de igualdade (física e/ou simbólica) ou diferença, de manifestação (aparente ou comunicada) da condição de saudável ou doente.

As suas partes, ou os elementos que compõem o corpo, são também alimentados, transformados, despejados, mutilados, sacrificados, honrados, preservados. Os restos, ou os produtos que dele decorrem, podem ter um sentido escatológico ou sagrado, directo ou simbólico, sagrado ou profano, limpo ou conspurcado, aceite ou tabu.

Em síntese, o corpo é um ente biológico, mas é, também, ao abrigo do que é social e simbolicamente definido como normal/anormal, um produto cultural expresso dos mais diversos modos.

Acompanhando a colectânea de Strathern e Stewart (1999) sobre os processos de cura numa perspectiva global, o tema do sangue é nela abordado de modo a entender-se as múltiplas valências que ele pode culturalmente assumir. Ao longo do devir histórico, o objecto «sangue» serviu como meio de promoção do medo, de demonstração de coragem, purificação, limpeza, determinação da sua qualidade face a um quadro de doença (através de cor, cheiro, sabor, «grossura», «fineza»), conspurcação, ostracização, transfusão, verificação dos parâmetros de saúde, ou, simplesmente, como fonte de vida.

O antropólogo e médico Cecil G. Helman (2003) expõe de modo extensivo, e num estilo de catalogação temática, algumas das incidências que podem recair sobre as várias abordagens antropológicas ao corpo. Estas são geradas no âmbito de uma tentativa de posicionamento da Antropologia Médica face aos conhecimentos decorrentes dos temas da «cultura», «saúde» e «doença».

Numa síntese aos pontos essenciais sobre a importância da análise ao «corpo», o autor estabelece as seguintes linhas de reflexão antropológica sobre as definições culturais de anatomia e fisiologia:

A) O corpo humano como «realidade física e social» - enquanto estrutura e função, o corpo físico varia entre a saúde e a doença. Os factores individuais e o ambiente sociocultural formam as crenças a partir das quais são constituídos o significado psicológico e social do corpo e a imagem corporal. Esta última veicula um certo nível de informação.

- a. Género, idade, status social, ligação social, actividade desenvolvida, são elementos passíveis de serem directamente depreendidos.

- b. Os elementos e as proporções corporais estão dependentes de um ideal quanto à forma e ao tamanho, podendo ou não incluir, outros atributos específicos (e.g., deformação artificial dos crânios, redução dos pés, circuncisão masculina, ornamento no lábio, tatuagem corporal, roupa, etc.).
  - c. Corresponde a uma representação dual, na medida em que física e psicologicamente é «individual» e, pela experiência sobre ele sentido ao nível da constituição da imagem corporal, torna-se também «social»; o social, bem com a esfera política que o promove, pode pressionar e exercer um controlo sobre a domínio individual (escolha, tendência, pressão social, integração, marginalização, etc.).
- B) O corpo humano «em partes» - A unidade física que corresponde à definição de «corpo» é revestida por múltiplas «peles» e composta em diversos níveis de função.
- a. As distâncias pessoais, sociais e públicas de modo usual variam grandemente e marcam comportamentos diferenciados perante as situações concretas. O mesmo decorre no indivíduo em relação aos atributos associados com os sinais exteriores (roupa, habitação, veículo, etc.), o grupo étnico ou a classe social (supostamente, de pertença). As incapacidades decorrentes de doença, tratamento sobre ela, ou alteração de parâmetros fisiológicos (infecções cutâneas na puberdade, gravidez, etc.) também produzem alterações na percepção corporal.
  - b. Existem diferenças evidentes quanto às percepções e concepções sobre a estrutura interna do corpo entre médicos (i.e., saber «científico») e pacientes (i.e., conhecimento «leigo»), influenciando assim as próprias crenças associadas à imagem corporal.
  - c. O funcionamento interno do corpo está relacionado com o mesmo tipo de constatação. No entanto, historicamente está dependente de diversos modelos explicativos sobre os seus constituintes (o «mapa» do corpo, «energias», «fluxos», «canais», «bloqueios», «equilíbrios»,

- etc.), as suas actividades (e.g., enquanto «máquina» sujeita a «avaria» ou «limpeza, através da eliminação de subprodutos como urinas, fezes ou sangue menstrual), as influências que recebe do meio (clima, alimentação, etc.), e o modo como adoece e se restabelece (e.g., na forma de desequilíbrio vs. equilíbrio, a medicina humoral).
- d. A actividade do corpo está dependente da adequação/desadequação de ciclos temporais e referências espaciais. No «tempo cronológico» ocorre também um «tempo social» que dita os comportamentos (e.g., o uso de roupa de praia no areal vs. no passeio do mesmo ou no transporte público).
- e. O corpo possui uma «habilitação» funcional. Uma disfunção nas suas partes (nas dimensões física e psíquica) origina uma forma de «desabilitação». Ela está subjacente à valoração cultural sobre a mesma na forma de categorias, podendo ir do sujeito «deficiente» (i.e., fisicamente «comprometido», incapacitado pelas limitações ao desempenho pessoal e social, com ou sem estigmatização) até ao indivíduo «especial» com capacidades fora do comum (e.g., o invisual em relação à capacidade auditiva, alguém com desordem global do desenvolvimento no espectro do autismo no que concerne às faculdades de memória, a presença de alguém com nanismo como factor de sorte, etc.). Muitas das afectações necessitam de um quadro explicativo sobre a causa subjacente ao seu provir (e.g., má acção materna, «mau sangue», influência de espíritos, dos astros, de alimentos proibidos, etc.).
- f. O corpo pode ser «reconstruído». Os conhecimentos médicos, farmacológicos, biotecnológicos, de biomedicina, bioengenharia médica, técnicas cirúrgicas, procedimentos reconstitutivos, bem como a progressão das tecnologias dos meios (complementares) de diagnóstico têm permitido à Medicina ocidental oferecer a possibilidade de «recuperar» e «substituir» partes não funcionais ou biologicamente inviáveis. Faculta, igualmente, não só a

praticabilidade da extensão ou do prolongamento da esperança de vida bem como a aparência da juventude, recuperando (ou «rejuvenescendo») algumas áreas funcionais, em contra-ciclo da cronologia biológica natural (movimento, sexualidade, memória, etc.).

Estas definições do corpo envolvem narrativas próprias, em concreto ligadas à «saúde» ou «bem-estar». Desde simbólicas psicofísicas (e.g., cultura «mente são, corpo são») ao uso de símbolos e padrões, pinturas e marcações, o corpo assume sempre algo que extravasa a dimensão individual no sentido da sua significação social. É, nessa medida, também, o que os outros pensam dele e o que eles permitem que lhe faça diante do tempo e do lugar em que ele está inserido.

Contudo, não só as narrativas do corpo psicológico ou social (i.e., subjectivo e intersubjectivo) que importam, mas igualmente os que explicam o que ele é e como funciona. Elas existem, por exemplo:

- A) Tendo por base o exercício médico de reencontro dos equilíbrios face aos desequilíbrios existentes,
  - a. No sistema ayurvédico indiano – considerado a matriz do sistema biomédico ocidental e do sistema tradicional médico chinês - na forma de doenças «quentes» *Vs.* «frias» ( um modelo explicativo também presente, por exemplo, na prática médica no sul da América);
  - b. Na medicina tradicional chinesa, sob as «energias», «forças» ou «linhas» de vida «yin» *Vs.* «yang»;
  - c. Na teoria humoral hipocrática, baseada no funcionamento e reequilíbrio de «líquidos» ou «humores», (também presentes ou adaptados na teoria e na farmácia galénicas), tendo sido uso dominante no Ocidente desde a Antiguidade Grega até ao século XVII.
- B) Na abordagem moderna fisiopatológica e anatomopatológica da disfunção orgânica (por patologias diversas) aplicada ao âmbito da explicação médica

da biomedicina positiva ocidental (ela própria decorrente das medicinas de raiz hipocrática e árabe).

Ao procurar classificar a Biomedicina ocidental à luz da sua própria narrativa produzida (i.e., a partir dos discursos, percepções, concepções, representações e significações produzida sobre ela), a antropóloga americana A. McElroy (1996) atribuiu-lhe o estatuto de «medicina cosmopolita» (num certo antagonismo conceptual com a medicina humoral), descrevendo-a como sendo:

- A) Urbana - ou urbanizada nos locais de acesso ao conhecimento e nas instituições «centrais» de grande envergadura (e.g., «hospital) ou serviços gerais que tendem a fornecer os serviços de cuidados de saúde.
- B) Empírica - nas evidências, nos procedimentos, e face à interpretação que é conferida aos resultados.
- C) Naturalística - nas modalidades de observação «naturais», ou à luz dos princípios de análise e interpretação biológicos.
- D) Tecnológica - num exercício clínico prático grandemente ligado a elementos materiais de suporte à auscultação, avaliação, intervenção, ou de diagnóstico complementar, com redução máxima da falibilidade humana/profissional.
- E) Hierarquizada - com criação de rotinas especializadas, sistematização de processos, neutralidade técnica e afastamento emocional entre o técnico e o sujeito observado, com marcadas diferenças no diálogo e na gestão desse poder entre médico/paciente (senão mesmo médico/restantes profissionais de saúde).
- F) Focalizada - com elevados meios investidos para a preservação da vida humana, seguindo um primado ético da defesa da «vida» superior a todos os restantes, e por isso constituindo condição e motivação suficientes para o prolongamento da mesma ou interpretação do seu término através de meios tecnológicos avançados.

Os problemas colocados num processo de análise antropológica sobre os usos e significados do corpo no contexto da actual sociedade ocidental de intervenção cultural

tendencialmente global (Harris, 1999) tendem a fornecer materiais teóricos que questionam, num sentido ético, não só o próprio objectivo da intervenção médica sobre ele, mas, também, um aspecto que a partir dele (ou pelo mesmo através dele) decorre: a dor.

A dor sobre o corpo físico e/ou psíquico, presente ou temida, desejada ou ansiada, de origem humana e/ou não humana, manifestada nas formas mais diversas (e.g., sofrer, chorar, magoar, reprimir, restringir, resguardar, afectar, influir, contaminar, depreciar, expulsar, etc.), representa em Antropologia Médica (Strathern e Stewart, 1999) a mais escorreita das constatações: (1) enquanto estratégia biológica e instrumento social, a sua presença é fundamental para garantir a sobrevivência do indivíduo e a manutenção do grupo social; (2) ela também corresponde a um constructo cultural e historicamente transformado.

Enquanto produto cultural constantemente renegociado, se, no quadro actual do acto médico da biomedicina ocidental em países ditos «desenvolvidos» (Le Breton, 1995; 1999), o corpo é considerado com algo de «sagrado» – no sentido da prossecução de todos os esforços para o manter vivo (ou a funcionar, de modo autónomo ou não, sendo este também culturalmente negociado em termos de norma ou procedimento) –, também ele orienta, de momento, a acção do profissional no sentido de fazer «pacientar» o menos possível e, sobretudo, de atenuar o sofrimento o mínimo possível – na medida do biologicamente possível – diante da dor ou do incómodo sentido.

Na sociedade ocidental o atenuar ou controlar a dor por via de uma doença conduziu historicamente a afastá-la, a ela e ao corpo, da dimensão social, colocando-a longe da vista (Augé, 1986; Foucault, 1963; Le Breton, 1995), em concreto a partir do novo lugar especializado de exercício médico: a clínica (ou, numa tradição francesa de raiz medieval, o «paciente» no hospital).

Na relação corpo / dor (Le Breton, 1995; 1999; Rush, 1996) a doença, mas também certas etapas do desenvolvimento como o nascimento (parto) e a morte (assistir ou velar o defunto), levaram a formas de institucionalização das práticas médicas (incluindo conhecimentos e crenças). Assistir ao parto ou ao moribundo deixaram de constituir actos sociais para tender a constituir formas de medicalização (e.g., clinalização institucionalizadas, com tecnicidades e especializações cada vez mais

extremas (e.g., em casos limitados, as «consultas da dor» em hospitais). A doença é, assim, e na decorrência no modelo biomédico actual, menos uma ocorrência social, e mais uma acção operativa controlada e individualizada.

Esse «asepticismo» é, ele próprio, motivador de novas estratégias sociais e culturais tendentes a recentrar a acção de cura face à doença, ou de tratamento perante uma aflição ou dificuldade. No quadro das actuais tendências nos modelos culturais de saúde (Helman, 2008), são exemplos as tentativas de integração dos utentes nas políticas e planos de reestruturação do sistema médico de saúde, ou o incremento de estratégias mais «naturais» empreendidas sobre o parto (com diminuta intermediação da clínica médica e/ou biomedicalizada na expulsão do feto).

### **3.2.2. Doença e cura.**

A Antropologia Médica possui uma centralidade temática: a doença. Os estudos e/ou as investigações em torno dela enquadram-se em abordagens antropológicas, etnológicas e etnográficas. O objecto de estudo inclui diversas dimensões de análise, como, entre outros:

- A) Manifestação ou sintoma – mal-estar, dor, cor, febre, reacção, sensibilidade, irritação, apatia, agitação, depressão, ansiedade, tristeza, agitação, angústia.
- B) Suportes – corpo, dor, sofrimento, saúde.
- C) Dimensões de acção – individual, social, terapeuta especializado, conhecedor leigo, curador experimentado, cuidador amador.
- D) Processos de intervenção – auscultação, diagnóstico, tratamento, cura.
- E) Meios – crenças e imagens formadas, conhecimentos desenvolvidos, estratégias de saúde adoptadas, comportamentos empreendidos, percepções, concepções e significações pessoais e sociais.

Todos eles estão subjacentes a modelos culturais de doença e saúde existentes num determinado grupo social humano, num certo espaço/tempo.

Numa perspectiva de análise cultural, inter ou transcultural, mesmo nos primórdios do início desse tipo de investigação os antropólogos tomaram essa linha de

investigação, de acordo com um interesse particular quanto aos modos como as comunidades ou sociedades lidam ou lidaram com alguns dos aspectos mais importantes da vida humana. Segundo Benoist (2002, p.20):

eles construíram a paisagem da antropologia virada para a maneira como as sociedades percebem, definem e explicam essas agressões que são a doença e a morte, e os meios que elas empregam para tomar conta dos pedidos daqueles que delas padecem. Para além da evidência concreta do mal e da morte, são os quadros de respostas aos enigmas que são o corpo e a vida que então se extraem.

Nessa medida, tendo em conta as abordagens ao tema, bem como às composições teóricas delas decorrentes, de acordo com Geertz e Rieuks (1998) existem duas generalizações empíricas quanto ao interesse do mesmo no quadro da Antropologia Médica: (1) a «doença» constitui um facto universal da vida humana, presente em todo o tempo, lugares e sociedades; (2) todos os grupos humanos, desenvolvem métodos e atribuem papéis, comportamentos como os seus recursos e estruturas, para ultrapassar ou responder à doença, e produzem um conjunto de crenças, cognições e percepções consistentes com as suas matrizes culturais no sentido de definir e perceber a doença.

Segundo ainda os mesmos autores, tendo em consideração os estudos de Antropologia Aplicada (no caso em apreço, sob o âmbito do «desenvolvimento»), a Etnomedicina – entendida enquanto subdivisão da Antropologia Médica, e que também pode constituir, por si próprio, uma abordagem teórica ao estudo da «saúde» – toma em consideração as crenças e práticas ligadas à doença enquanto produtos próprios de uma dada cultura, não sendo estas por isso directamente oriundas ou derivadas dos quadros conceptuais da chamada «Medicina moderna».

A utilização de referenciais de investigação de âmbito qualitativo inclui duas possíveis incidências (May, 2002): está situada entre o discurso de índole etnográfico e a narrativa com sustentação fenomenológica. Enquanto a primeira está associada aos discursos sociais oriundos de uma Etnografia, nomeadamente *crítica* (com a correspondência à *Antropologia crítica*), a segunda diz respeito à abordagem fenomenológica sobre as experiências individuais através das narrativas pessoais (com correspondência à *Antropologia interpretativa*).

Esta última, está ligada à abordagem pós-moderna na linha da corrente de pensamento *interpretativista* de Clifford Geertz (1973) no amplo quadro do «diálogo»

entre culturas. A partir dela a Antropologia – e a Etnografia em particular – é entendida como um tipo de escrita que deve suportar múltiplas interpretações constantemente reavaliadas, e não uma única avaliação interpretativa, nomeadamente de tipo «científico».

A obra *Writing Culture* (1986) de James Clifford e George E. Marcus constitui uma das referências fundamentais desse enquadramento teórico pós-moderno para uma renovada definição de «cultura», bem como para a própria reavaliação dos objectivos da investigação etnográfica.

A linha da «interpretação da doença» como «narrativa» constitui a base substancial da obra de Arthur Kleinman. Enquanto nas suas obras “*Patients and Healers in the Context of Culture*” (1980) e “*The Illness Narrative*” (1988) os temas do «sofrimento» e da «cura» são analisados segundo as narrativas dos doentes (pacientes) e dos seus cuidadores (médicos), com “*Writing at Margin*” (1997) o investigador observa os limites e as possíveis traduções existentes entre as crenças, concepções, representações ou percepções médicas que formam a cultura biomédica (científica positiva, ou do respectivo sistema oficial de saúde autóctone) e a cultura leiga (individual e/ou social), nomeadamente no quadro do mundo contemporâneo, dito «pós-moderno».

Conquanto essa determinação, nessa mesma obra o autor aproxima-se do ponto de vista teórico de uma abordagem *crítica-interpretativa* da Antropologia Médica pela reflexão que também exerce através da observação comparativa – segundo procedimentos etnográficos – sobre os discursos públicos de saúde empreendidos em contexto clínico (e.g., rituais, normas, éticas profissionais). É sob essa decorrência que ele assinala, no âmbito das construções culturais, que o corpo individual está profundamente associado ao corpo social, bem como à ideologia ou política social que o sustenta (o corpo «ideal»; as «proibições» no uso do corpo; etc.).

O corpo dá suporte à doença, ao sofrimento; é considerado como um elemento mediador entre a experiência individual (de índole fenomenológica) e a experiência colectiva (de âmbito social). Nesse sentido, o problema de saúde individual é mais explorado pela experiência interpessoal do sofrimento social do que pelo problema

médico individual. E, nesse sentido, as traduções entre as diversas abordagens à doença e ao sofrimento constituem uma base de intervenção nas políticas públicas de saúde.

A síntese dos trabalhos de A. Kleinman segue, porém, uma clara orientação da exploração narrativa no âmbito da interligação entre a Medicina (em particular a Psiquiatria) e a Cultura, muita dela dependente de um par de conceitos explanados no quadro do «*Grupo de Harvard*» (i.e., do «*Harvard Medical School*») por Leon Eisenberg (1977): (1) os pacientes sentem/sofrem doenças («*illnesses*»); (2) os médicos diagnosticam e tratam as doenças («*diseases*»).

No paradigma científico da Medicina moderna as doenças são consideradas anormalidades no que concerne a função e/ou a estrutura dos órgãos e sistemas. Para o autor é essencial a reintegração de conceitos científicos e sociais de «*disease*» e «*illness*» para uma mais adequada investigação médica bem como para um melhor desenvolvimento dos próprios cuidados de saúde.

Essa posição é de algum modo mais conceptualmente estruturada por F. Laplantine (2004, p. 17) quando estabelece as seguintes delimitações:

Nesse encontro entre a doença tal como é subjectivamente experimentada (*Illness*) e tal como é cientificamente observada e objectivada (*disease*), a prática biomédica consiste em reintegrar totalmente a primeira na segunda. E é precisamente no espaço dessa inadequação que se perfilam e se instalam as interpretações psico e sociomédicas, cuja própria existência e o desenvolvimento actual nos permitem medir os limites do único discurso médico-biológico em nossa própria sociedade que, em muitos aspectos, deixa insatisfeito nosso desejo de atinarmos com significados. [*sic*; tradução do francês para o português brasileiro].

Os conceitos de «*disease*» (a anormalidade na estrutura ou no funcionamento de órgãos/sistemas sob a forma de «*doença processo*» ou «*doença-objecto*» ou) e «*illness*» (a experiência de mal-estar subjectiva e de tratamento percebidos pelo doente, enquanto «*doença experiência*» ou «*doença-sujeito*») também envolvem, segundo Kleinman (1980), o de «*healing*», ou seja a percepção do paciente sobre o processo de doença e cura.

Esta avaliação sobre a tentativa de integração na teoria antropológica dos conceitos entre «*illness*» e «*disease*» é decorrente da constatação provinda dos trabalhos de campo em que os próprios curandeiros tradicionais, no quadro de uma constante e contínua redefinição cultural, utilizam símbolos e metáforas em função das crenças produzidas pela população leiga do próprio grupo de pertença, fazendo com que este sejam são mais receptivos aos seus procedimentos e rituais de cura.

A dupla distinção conceptual é a mais recorrente na análise antropológica contemporânea da doença. Todavia, e no quadro de uma perspectiva macro da saúde (i.e. «saúde pública», «*social health*»), houve necessidade de se explicitar a presença de um outro conceito que vai para além do reconhecimento do «*illness*» enquanto «*doença-sujeito*» (ou, numa aproximação analítica da década de 70, «*doença-sociedade*»): o respeitante a «*sickness*».

Sobretudo aplicado em análises de *Antropologia crítica*, o conceito é geralmente menos utilizado por se encontrar mais contextualizado ao domínio da análise ao discurso social do sistema de saúde (Young, 1982), aos processos sociais alargados destacados no quadro do desenvolvimento (Frankenberg, 1980), ou ainda ao conjunto do processo de socialização sobre o qual estão subjacentes as produções de «*disease*» e «*illness*» (Laplantine, 1986; 2004).

Todas as narrativas produzidas sobre as problemáticas de saúde e doença podem ser avaliadas à luz da análise ao *modelo cultural* («*cultural model*») e/ou no âmbito da *teoria dos consensos* («*consensus theory*»):

- A) A primeira, enquanto quadros de representação global de como os indivíduos pensam sobre saúde, procura determinar qual é a ligação existente entre os modelos cognitivos dos sujeitos observados e o estatuto de importância relativa que atribuem a uma questão específica de doença ou cura (e.g., diabetes, pressão arterial elevada, etc.).
- B) O segundo, enquanto reflexo das crenças culturais de um grupo social humano, parte da premissa que existe quase sempre um acordo tácito entre os seus membros sobre a causa de uma doença e as possibilidades de cura (ou, pelo menos, sobre os modos de proceder para alcançar tal propósito).

A doença e a saúde são, assim, construções – ou melhor, construtos sócio-simbólicos sobre evidências biológicas, psicológicas e sociais (i.e., nos reflexos sobre elas imanentes, na medida que podem dependentes de outros construtos, como, por exemplo, os da «criação divina da vida» ou do «povo escolhido por Deus») – subjacentes a constantes (re)negociações, sociais e culturais quanto às soluções, aos sentidos e/ou significados. Estes moldam, necessariamente, não só os discursos de saúde (ou de promoção sobre a mesma) mas, também, os comportamentos

(nomeadamente os ditos «normais») empreendidos ou expectáveis (e.g., no modelo cultural tradicional português, a conduta social ou a prática clínica adequadas do «Senhor Doutor»).

Enquanto produto sociocultural, não é só a doença («*disease, illness, sickness*») que é consubstanciada na forma de construção. A constatação do «mal», ou do problema, e a eventual solução encontrada necessitam de um enquadramento, de uma explicação, de um sentido. Quem avalia a doença e/ou quem a ressenete estabelece quadros explicativos e possibilidades de solução face a certos enquadramentos culturais (cosmogonias, cosmovisões, hábitos, tradições, conhecimentos, etc.).

As causas, os diagnósticos, as terapêuticas, bem como as próprias obtenções de cura advêm desses enquadramentos. E, face ao confronto de posições o curar e o ser curado, estabelece-se a necessidade de «traduções» (por parte da Biomedicina, dos conhecimentos populares, dos sistemas alternativos e religiosos, etc.) na forma de racionalidades sobre o entendimento das causas (problema, acidente, destino, azar, adaptação, transformação, necessidade, maus genes, ambiente, etc.), sobre as forma de permitir o término ou de contornar a mesma, e, sobretudo, como prevenir (cuidado, máscara, vacina, bebida, fumo, tabu, rezar, purificar, dieta, etc.).

Seja sob uma forma oficial (reconhecida como «científica»), de acordo com uma tradição popular, a par de outros sistemas alternativos ou paralelos, ou mesmo através de terapêuticas exóticas ou extremas, todos eles são produtos culturais que fornecem modelos explicativos de doença e saúde (bem como do «mundo», no sentido cosmogónico do termo), afectando as percepções e significações individuais bem como as representações sociais sobre as mesmas (e.g., sintomas, terapêuticas, etc.).

Contudo, as narrativas de doença e saúde são, elas próprias, passíveis de reflexão quanto ao fins subjacentes às incidências dos estudos antropológicos a que os autores se propõem.

Em certo sentido, há cerca de vinte anos que, argumentativamente, se coloca um conjunto de considerações, de âmbito «metanarrativo» (i.e., no sentido de narrativa cultural sistematizadora e organizadora das narrativas particulares relativas a saberes e práticas, institucionalizados ou não), sobre os objectivos e as determinações que

motivam e encorpam a investigação antropológica orientadas sobre o tema da «construção cultural da doença e da saúde».

### **3.2.3. Doença e saúde.**

Sendo usual para a Medicina avaliar os resultados dos estudos de Antropologia Médica enquanto forma de valorização da própria Ciência Médica, para a Antropologia Social e Cultural eles são sobretudo observados enquanto orientação temática sobre um objecto de investigação: a produção social e cultural sobre doença e saúde.

Em Medicina, ou na formação (bio)médica, mais do que conhecer os factos ou fenómenos culturais importa sobretudo compreender o reflexo pragmático dos mesmos, sobretudo nos modos e nas formas de como uma determinada cultura afecta ou influencia o comportamento dos doentes (reais ou potenciais, sob as formas de pacientes, utentes, clientes), sendo particularmente importantes em programas de intervenção em saúde (local, regional, nacional, internacional).

Ao profissional de saúde integrado num projecto de intervenção importa essencialmente compreender as razões que conduzem à não implementação no terreno por razões culturais de uma dada estratégia. O envolvimento em profundidade na vida social e cultural que suporta um determinado modo de vida é, nesse sentido, mais raro porque não imediatamente necessário para a execução de uma certa tarefa.

Genericamente, a presença do antropólogo em interacção com o profissional de saúde é, nesse sentido, tendencialmente instrumental ou utilitarista, limitando-se de algum modo a explicar, da forma mais concreta possível, os elementos essenciais importantes ao acto médico, num exercício de tradução bilateral (i.e., nos dois sentidos, quanto às características, causas, comportamentos e consequências relativos às doenças) entre os dois grupos envolvidos (quem intervêm e quem é o alvo da intervenção). Em termos concretos, raramente o tipo conhecimento instituído é de âmbito co-constutivo.

Para o antropólogo o objectivo da investigação não está directamente relacionado com o objectivo concreto da acção biomédica sobre a doença (embora possa fazer parte do seu objectivo específico de trabalho). Para além do conhecimento cultural sobre a doença (nosologias locais, causas, diagnósticos, terapêuticas, etc.), procura

também compreender em profundidade a dimensão social da doença (agentes, órgãos, instituições de saúde), na medida em que o assunto está intimamente relacionado com outras dimensões antropológicas (e.g., Economia, Religião, Política, Parentesco, etc.), pelo que é necessário integrá-lo com as demais.

Influídos pela descaracterização ou pelo desrespeito por vezes existentes sobre a importância do trabalho antropológico, para certos autores, sobretudo junto de investigadores franceses e britânicos de Antropologia situados mais numa perspectiva «social» do que «cultural», o próprio termo «médico» é questionável na designação académica de «Antropologia Médica», preferindo o de «Antropologia da Doença».

Tal é a perspectiva sustentada por Marc Augé (1984; 1986), no sentido de que a «doença» em Antropologia não deve ser isolada enquanto objecto de estudo em ordem ao sentido «médico», mas integrado numa Antropologia Social enquanto dimensão interactuante da actividade de um grupo humano em sociedade.

Em resultado do trabalho realizado no sudeste africano, o investigador depreendeu que, por via das relações entre os sistemas simbólicos e os factos das doenças, existia uma profunda associação entre a desordem biológica e a desordem social (não «desorganização», mas afectação da normal ordem na sociedade). O resultado da alteração de uma das vertentes leva à intervenção das restantes dimensões sociais (e.g., resposta religiosa, sacrifício, dieta alimentar, etc.). Em síntese, importa abarcar o «todo» social e não aferir só uma parte delimitada.

Para Augé (1986) ou Laplantine (1986) a avaliação em profundidade aos sistemas de pensamento, expressões de doença, meios de tratamento, comportamentos dos actores sociais (nomeadamente das relações cuidador/doente) permitem perscrutar as representações da saúde, do passado e do presente, de uma determinada sociedade.

Assim, para estes autores, mais do que conhecer a doença importam, sobretudo, as representações que ela possa assumir. A aprendizagem do exercício etno-antropológico reporta não só ao campo «exótico» mas também envolve campos de estudo tão diversos como, por exemplo, filmes etnográficos, textos da literatura médica, obras literárias (prosa, ficção, poesia), biografias e autobiografias de médicos e doentes, histórias de vida de doentes e/ou sobreviventes em quadros de doenças terminais, ou

entrevistas em profundidade com médicos e doentes em contexto de institucionalização psiquiátrica.

Alguns currículos na formação superior têm centrado de modo emergente as suas matérias no amplo tema da «saúde» (e.g., «Antropologia da Saúde», «Antropossociologia da Saúde», etc.), tendo como linha condutora de estudo e pesquisa o «bem-estar» físico e psíquico.

Também aqui alguma reflexão antropológica encontra um diferendo substancial quanto ao conteúdo fundamental que se assume ele dever comportar em termos de objectivo fundamental de análise. Muito embora os assuntos de Antropologia Médica estejam usualmente revertidos ao tema da «saúde», é a própria incidência de estudo que, pela maior amplitude e maior indeterminação do seu objecto de estudo antropológico, entrecruza vastos campos de estudo que vão desde a Epidemiologia à Sociologia da Saúde.

Tomando a definição de «Saúde» (*Netgrafia*, [2]; [3]; [4]; [5]) adoptada desde 1946 (i.e., dois anos prévios à sua própria formação oficial, em 1948) pela «*Organização Mundial da Saúde*» (OMS), ela corresponde a um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste somente a uma ausência de doença ou enfermidade. Para além do âmbito da saúde corporal, também a saúde mental, ou mesmo a reprodutiva, estão implicados nessa definição. Contudo, no momento actual, e face às exigências dos actuais modelos de vida social comunitária, muitas outras também lhe estão subjacentes, como o bem-estar nutricional, sanitário, social ou mesmo intelectual, emocional e afectivo.

A cooperação entre a OMS e os seus Estados-Membros visa sustentar a medicina tradicional e integrá-la nos seus sistemas nacionais de saúde, reconhecendo-a como parte integrante dos cuidados primários de saúde de forma a melhorar o acesso aos cuidados e a preservar os conhecimentos e as fontes de saber, assegurando, em simultâneo, a segurança dos pacientes ao reforçar as competências e os conhecimentos dos cuidadores ou praticantes.

Na introdução do “*General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine*”, sob a responsabilidade da OMS, o seu coordenador (*Netgrafia*, [8]) define a medicina tradicional do seguinte modo:

É a total soma do conhecimento, competências e práticas baseados nas teorias, crenças e experiências indígenas para diferentes culturas, sejam ou não explicáveis, utilizados na manutenção da saúde, bem como na prevenção, diagnóstico, melhoria ou tratamento das doenças físicas e mentais. Os termos medicina complementar/alternativa/não-convencional são permutavelmente utilizados com [o de] medicina tradicional. [Acrescentando em nota de rodapé] (...) O termo medicina complementar e medicina alternativa é usada em alguns países para referir um amplo conjunto de práticas de saúde que não fazem parte da tradição do próprio país e não estão integrados dentro do sistema de cuidados de saúde dominante. (Zhang, 2008, p.1 [texto adaptado]).

Mais uma vez a vertente «médica» está, assim, muito presente no que se relaciona com a abordagem da doença e da saúde num contexto de acção global. Porém, e para além do reconhecimento formal (*Netgrafia*, [7]) da presença de outros sistemas médicos alternativos ou variadas técnicas complementares (e.g., «*complementary / alternative medicine*» – CAM, medicina herbalista, etc.), uma atenção muito premente é dada à utilização das medicinas tradicionais, em especial junto dos países pobres ou de pouco desenvolvimento económico e social (incluindo, ainda, em certas economias emergentes).

Embora apostada na reivindicação dos modelos de medicina alternativa e nas práticas tradicionais de cura, a definição de saúde da OMS está relacionada com uma abordagem finalística de índole biomédica, reportando aos modelos organicistas, fisiológicos e químicos da Medicina positiva ocidental.

A alocação das medicinas alternativas e tradicionais corresponde, nessa medida, a uma prossecução da vertente teleológica, na medida em que o acesso ao sistema biomédico não é universal. Em certos países de África e da Ásia (*Netgrafia*, [6]) cerca de 80% das populações dependem das medicinas tradicionais para os cuidados primários de saúde, permitindo através delas, entre outros, os tratamentos de doenças infecciosas e crónicas.

As instituições internacionais, supranacionais ou não, de apoio ao desenvolvimento tomam por base de trabalho desenhos de estudo epidemiológicos de âmbito retrospectivo e prospectivo. A partir dos registos do passado (e.g., paleoepidemiologia) e numa perspectiva de acontecimento futuro, procuram descortinar no presente as ocorrências e frequências (mensuráveis em índices de incidência e prevalência), distribuições e progressões das doenças (desenvolvimentos dos cursos clínicos e patogénicos) bem como outros atributos de saúde numa certa comunidade

humana ou à escala global, com o intuito de reduzir a probabilidade dos sujeitos adquirirem uma doença.

A abordagem cultural no quadro da Epidemiologia é desejável, senão mesmo necessária, na implementação dos programas domésticos ou internacionais de intervenção em saúde pública. Tal tarefa poderá parcialmente caber no âmbito da especialidade de Epidemiologia Cultural ou Social. Contudo, os problemas colocados relativamente aos trabalhos de Medicina sob uma apreciação cultural ou intercultural serão, no caso em apreço, os mesmos ou muito semelhantes.

Também para o epidemiologista é usualmente mais importante entender no imediato as razões sociais e culturais, que motivam o tipo de progressão de um determinado factor ou vector patológico (pressão arterial elevada, mortalidade infantil, influenza, cólera, HIV/SIDA, etc.) do que envolver-se numa actividade prolongada de estudo cultural para observação no terreno de factos e comportamentos. Mais do que instrumental (evidente, no caso do exercício médico), a «cultura» é, na avaliação epidemiológica, encarada como variável explicativa (de tipo «contextual» e/ou independente, ou «parasita») num contexto de análise quantitativa.

No exercício antropológico associado ao estudo das diversas dimensões da saúde (Inhorn e Brown, 1997), a Epidemiologia poderá ser considerada como parte de uma investigação antropológica, concretamente em pesquisas multidisciplinares. Todavia, no âmbito de um melhor esclarecimento sobre o estudo concreto da «doença» em Antropologia, para Benoit (Benoit, 2002) ela deverá ser considerada como um «limite externo» à Antropologia Médica .

É na prossecução desse sentido de definição quanto ao domínio da ligação investigativa entre Epidemiologia e Cultura que J. Trostle (2005) expõe a seguinte consideração sobre a relação doença/comportamento:

A totalidade do nosso modo de vida (trabalho, comida, actividades), combinado com o nosso comportamento adquirido (incluindo conhecimento, mentiras, e mal-entendidos), as nossas técnicas para ajustarmo-nos ao ambiente, e as maneiras de sentir e crer todos eles influenciam a nossa susceptibilidade para a doença. Alguns argumentam que eles tornam-se inscritos nos nossos genes, e certamente eles tornam-se inscritos na nossa estrutura óssea e musculatura. (...) Corpos e patogenias não são só determinados por acções físicas mas por crenças acerca do que é importante. (p. 2 [texto adaptado]).

Muito embora os antropólogos produzam novos campos ou sub-campos alicerçados ao tema da «saúde» (e.g., «antropologia da alimentação», «antropologia da deficiência e diferença», «antropologia dos sistemas médicos», etc.), ou integram, a partir dela, assuntos antropológicos pluridisciplinares (e.g., Paleoantropologia, Paleopatologia, Osteopatologia humana, Paleoepidemiologia, Antropologia Genética, Antropologia Forense, etc.), grande parte das actuais intervenções decorrem no âmbito equipas de trabalho especializadas em assuntos de saúde pública.

Enquanto membros principais, ou ao serviço das organizações para as quais fornecem competências únicas (conhecimentos, estratégias e abordagens, etc.), tendem a produzir trabalho antropológico de índole prático ou «aplicado» em ambientes científicos que, frequentemente, vão até ao limite das suas fronteiras de saber e, algumas outras vezes, o ultrapassam no sentido de uma clara diferença de abordagem.

Com efeito, e indo de encontro aos limites do saber, no contexto das actividades de intervenção em saúde (Inhorn, e Brown, 1997) novas intersecções antropológicas da saúde são compostas, muitas delas aproveitando as múltiplas competências adquiridas por antropólogos ou especialistas em Saúde. É o caso evidente dos psicólogos antropólogos, enfermeiros antropólogos e dos médicos antropólogos que estão envolvidos em trabalhos de campo – com incidência no tema da saúde pública – subjacentes a projectos de intervenção, nacionais e internacionais. Entre outros contributos para a própria Antropologia Médica, produzem investigação nos campos bipartidos de «antropologia e saúde pública» e «antropologia aplicada e saúde internacional».

Já no que diz respeito à ultrapassagem das competências, colocam-se quatro considerações importantes, dependendo tão só do posicionamento do investigador face à investigação empreendida e à forma de produção dos resultados alcançados:

- A) Existem, há várias décadas, constantes incorporações acríticas de conceitos e procedimentos antropológicos por parte de investigadores oriundos de campos disciplinares distintos e que nunca procuraram formação específica na área da Antropologia, mas que, de modo directo ou indirecto, teorizam sobre cultura e saúde na forma de ciência antropológica.

- B) O antropólogo que realize trabalho de campo em equipes multidisciplinares de saúde ou em projectos de saúde pública deve procurar esclarecer junto dos intervenientes os limites concretos da sua intervenção no terreno (i.e., os limites técnicos e as fronteiras pessoais).
- a. A determinação desse procedimento é importante tanto para a população observada (incluindo instituições, representantes locais, etc.) quanto para os restantes técnicos que com ele colaboram.
  - b. Mesmo numa missão de consultoria pontual, e muito por força da visão utilitarista que acompanha a acção do antropólogo ao serviço dos organismos domésticos e internacionais de saúde, é aconselhável proceder a uma clarificação prévia sobre as responsabilidades dos domínios de intervenção, nomeadamente no que respeita à autoridade científica (i.e., em relação ao respeito pelo valor da informação veiculada nas «traduções» entre culturas).
- C) A necessidade de evitação quanto à justaposição dos papéis por parte do antropólogo com formação unicamente centrada em Ciências Sociais – sem outras competências académicas adquiridas, de base ou complementares, em Saúde, Biologia ou Desenvolvimento Humano –, no sentido de tentar assumir um protagonismo técnico semelhante ao do profissional de saúde no quadro da intervenção, nomeadamente nas estratégias de pesquisa de cariz etnográfico empreendidas em contexto clínico ou nas opiniões públicas emitidas, colocando-se na posição de «especialista de saúde» ao invés do «especialista de cultura e saúde».
- D) O cuidado necessário a ter em conta na realização de trabalho de campo sob orientação antropológica alicerçado em temas de Sociologia da Saúde (e.g., socialização da saúde, processos da estratificação social da saúde,) ou Sociologia Médica (e.g. instituições médicas, desigualdades sociais nos acessos à formação médica, etc.).
- a. A confluência analítica tende, de alguma forma, a desorganizar e pulverizar o fluxo das produções etnográficas ou etno-antropológicas.

- b. O problema não reside na busca de um saber «totalizante» (num sentido antropológico «global»), mas nas incertezas criadas pelo cruzamento de áreas e campos disciplinares de Ciências Sociais extremamente semelhantes e, em simultâneo, profundamente distintas entre si, criando, desse modo, as condições para alguma desordem conceptual e metodológica.

Outras considerações sobre as incidências de estudo são adoptadas quando à ideia de afastamento ou descolamento evidente quando, por exemplo, são estabelecidos quadros de observação em torno de Ética ou Bioética.

Contudo, a maioria dos trabalhos (e.g., Brodwin, 2001; Joralemon, 2005; Kleinman, 1980; 1997; Sargent e Johnson, 1996; Singer e Baer, 2007) não está orientada para a reflexão filosófica – a não ser em breves considerações de ética ou «deontologia» profissional no campo da Antropologia Aplicada ou na realização de trabalho de campo – mas antes estabelecida em função da pertinência cultural colocada sobre certos temas e subtemas envolvendo as referências de «ética» e «bioética», a saber, as narrativas biomédicas produzidas no quadro da relação médico/paciente (i.e., em certos casos, os dados que daí podem ser subseqüentemente extraídos no domínio específico de *ética descritiva* aquando de uma intervenção clínica, e não de *ética normativa* e/ou *aplicada* subjacente à Filosofia Moral).

Nos encontros de discussão pública sobre práticas tradicionais ou sistemas médicos alternativos, não raras vezes é solicitada ao antropólogo uma avaliação comparativa sobre a validade ou não dos resultados aos diagnósticos e às terapêuticas empreendidos a partir deles face à Medicina moderna de orientação biomédica. Em síntese, avaliar comparativamente a eficácia terapêutica dos outros sistemas médicos.

A resposta, que seguramente estará subjacente a potenciais considerações exemplificativas ou adjectivações qualitativas/quantitativas, estará sempre associada a um facto concreto: se um dado procedimento aparentemente funcionou, sob o quadro dos atributos «*curing*» / «*healing*» não interessa saber se a interpretação de um potencial quadro patológico no âmbito de uma certa abordagem de diagnóstico e uma determinada terapêutica empreendidos são, ou não, consentâneas com as fronteiras empiricistas da denominação «Ciência», mas se, do ponto de vista biofuncional e

psíquico, tanto nas percepções de quem é cuidador quanto nas de quem é cuidado a doença e o sofrimento – que usualmente estão associados – atenuaram ou desapareceram.

Integrando alguns dos conceitos anteriormente abordados sobre corpo, doença e saúde, e face às considerações anteriores, E. Sobo (2004, p. 3) apresenta a seguinte linha analítica de raciocínio:

Os antropólogos geralmente vêm a «saúde» como um constructo amplo que incluiu o bem-estar físico, psicológico, e social, incluindo o desempenho funcional. Tal definição trabalha muito melhor interculturalmente do que uma que ligue a saúde só à «doença», que, tecnicamente, significa simplesmente dizer uma lesão biomédica mensurável ou uma irregularidade fisiológica. A doença é algo que é curada ou não é. Mas a doença em si não estimula a pessoa a procurar tratamento médico; a enfermidade fá-lo. A «enfermidade» é a experiência pessoal culturalmente estruturada do mal-estar e que implica a experiência do sofrimento. O principal objectivo da maioria das pessoas que procuram tratamento médico é o de retirar o seu sofrimento. [texto adaptado].

Na maioria das vezes, e excepto em casos de urgência evidente (fracturas expostas, hemorragias externas, etc.), para os terapeutas, os pacientes, ou a sociedade, não é a resolução do problema da condição médica («*sickness*») que é o mais importante, mas as percepções («*illness*») que se tem ou não sobre a mesma. Um mito local pode, por exemplo, condicionar toda a vivência de uma comunidade e influir fortemente na saúde física e mental de cada um dos seus membros; muitas vezes, a solução reside no cumprimento de um ritual ou da determinação deliberativa por parte de uma dos seus responsáveis para se estabelecer a reposição de uma «normalidade» vivencial.

### **3.3. Principais Perspectivas Teóricas e Conceptuais.**

#### **3.3.1. Sintética contextualização.**

Através de orientações teóricas sustentadas, entre outras, nos estudos comparativos do comportamento humano, da sociedade e da cultura (e.g., no «*atlas etnográfico*» britânico, ou no inventário de comportamentos observados em sociedades não-ocidentais no «*Human Relations Area Files*» americano), o estudo prático – que não necessariamente de Antropologia Aplicada – em Antropologia Médica desde as

década de 70 do século XX tem sido grandemente mantido por estudos monoculturais (etnográficos) e de comparação cultural ou de âmbito intercultural (etnológicos).

Enquanto disciplina orientada para a dimensão da reflexão teórica, cabe à Antropologia estabelecer as explicações sobre o que é comum e particular nas formas de pensamentos e nas modalidades das actividades humanas, no passado e no presente, sobre as dimensões biológicas, sociais e culturais. Traçar o que é semelhante à espécie (ou geral) e específico (particular a indivíduo ou grupo), concretamente às luz da definição de «saúde», constitui um objectivo fundamental âmbito disciplinar da Antropologia Médica.

As fronteiras existentes entre as suas diversas teorias são ténues. Acompanhando as próprias transformações operadas nas Ciências, e em particular na Antropologia Biológica, na Antropologia Cultural e na Antropologia Social, o desenvolvimento dos diversos quadros teóricos estão de algum modo associados às transformações de índole filosóficas operadas durante o século XX nos paradigmas científicos e nas abordagens epistemológicas.

*Construtivismo cultural, pós-estruturalismo, pós-modernismo, abordagem etnomédica, antropologia crítica, vertente interpretativa, ecologia médica ou biocultural* constituem redes de análise teórica ou correntes de pensamento adoptados nos estudos etnográficos bem como em reflexões etnológicas e antropológicas.

Enquanto linhas de estudo e interpretação aplicáveis ao próprio trabalho de campo, McElroy e Towswend (1985) sustentam a existência de quatro grandes orientações teóricas em Antropologia Médica: (1) *teorias ecológicas médicas*; (2) *teorias interpretativas*; (3) *economia política ou teorias críticas*; (4) *teorias ecológicas políticas*.

Mais tarde, num trabalho de síntese fortemente orientado pela perspectiva evolucionária e ecológica, McElroy (1996) defendeu a existência de três abordagens teóricas dominantes: (1) *ecologia médica*; (2) *etnomedicina*; (3) *antropologia médica aplicada*.

Face a uma certa estabilização no que concerne à base de referência internacional, no quadro de uma sistematização mais recente Baer, Singer e Susser (2003) expõem a seguinte divisão teórica: (1) *teoria médica ecológica* («*medical*

*ecological theory*»); (2) *teoria interpretativa cultural* («*cultural interpretative theory*»); (3) *teoria crítica* («*critical theory*»).

### **3.3.2. Teoria ecológica.**

A *antropologia médica ecológica* assume um destaque mais concreto na década de 70 do século passado, muito em função da influência dos resultados às pesquisas realizadas por Alexander Alland (1970). No quadro de uma avaliação global sobre a diversidade do comportamento humano enquanto resposta de natureza evolutiva na forma de eco-adaptação ambiental, direccionou as suas investigações para a avaliação dos impactes da doença e da saúde sobre a cultura, a constituição orgânica e o meio ambiente.

Tendo originalmente integrado uma orientação clara no domínio da evolução epidemiológica em humanos face aos meios ecológicos envolventes, a abordagem ecológica de base evolutiva reverteu no seguinte princípio analítico: a adaptação do Homem ao meio(-ambiente) é efectuada por via da combinação entre os recursos biológicos e culturais.

As teorias ambientais e evolucionárias (Hahn, 1995) estão alicerçadas na utilização da abordagem ecológica sobre o tema da doença tendo em consideração os dados culturais.

Na mesma linha das determinantes evolucionistas, e defensoras da *orientação ecológica* em Antropologia Médica, para McElroy e Towswend (1985) a noção de «adaptação» determina que são as mudanças comportamentais e biológicas existentes individualmente ou em grupo que permitem a sobrevivência dentro de um certo quadro ambiental de mudanças ecológicas e sociais, sobretudo através de estratégias adaptativas socioculturais.

Num artigo de síntese teórica, McElroy (1996) sustenta que a *abordagem ecológica* (ou «*ecologia médica*», para a autora) permite a determinação de padrões de doença tanto no campo biológico como no domínio cultural. Tal como os processos adaptativos de âmbito fisiológico ou genético, os conhecimentos e as práticas culturais

são observados como recursos baseados em respostas de ordem biocultural (especificamente, desenvolvimental) aos problemas de adaptação ambiental.

A par de outras transformações estritamente biológicas, a cultura faz parte de uma estratégia que conduziu à possibilidade de sobrevivência no meio envolvente. Através do desenvolvimento de múltiplos mecanismos de enfrentamento individual e colectivo, o Homem adaptou-se ao meio (devido à «plasticidade» adaptativa no quadro de uma ecologia humana, por via, entre outros, da produção de mecanismos sócio-simbólicos), permitindo a progressão demográfica e melhoria do seu bem-estar (i.e., de controlo sobre o meio, como tentativa de interpretação e domínio sobre a Natureza).

Retomando a mesma autora (McElroy, 1996), adjunto a um quadro comparativo tradicionalmente em uso sobre *teoria ecológica* é possível recolher três premissas analíticas e uma orientação metodológica global de investigação: (1) a saúde é uma medida específica de mensuração adaptativa, sendo a doença uma indicação do desequilíbrio, (2) a evolução das doenças humanas acompanha a evolução biológica e cultural; (3) as categorias de doença são universais, pelo que existe a possibilidade de comparar taxas no espaço e no tempo, e correlacioná-las às mudanças adaptativas nos padrões de vida e subsistência.

### **3.3.3. Teoria interpretativa cultural.**

Um segundo modelo teórico de abordagem à «cultura» em Antropologia Médica advém da utilização da *corrente interpretativa*.

No contexto da teoria de produção cultural da *antropologia simbólica e interpretativa*, segundo Clifford Geertz (1973) a abordagem *interpretativista* à cultura está associada à produção dialógica entre a palavra (escrita ou oral) e o(s) sujeito(s) de enunciação. A cultura reporta a estruturas socialmente constituídas de sentido, sendo através delas que a experiência humana e a organização do mundo é ordenada.

Tendo em consideração as linhas contraditórias dos modelos referentes aos paradigmas dominantes existentes na classificação e análise dos transtornos psiquiátricos (orgânicos, psicodinâmicos, comportamentais e sociais), de acordo com

Leon Einsenberg (1977) a experiência da doença não deverá ser observada como um reflexo do processo patológico (no sentido biomédico do termo).

Sustentadas por regras e valores, entre «normas» e «normalidades» as culturas manifestam-se enquanto construções sócio-simbólicas da realidade. Estas não só intercedem nas expectativas individuais e colectivas como também moldam as configurações particulares de pensamento e acção.

Na medida em que as percepções, interpretações e acções individuais e sociais são culturalmente construídas, de acordo com as palavras dos próprios «autores» – logo passíveis de serem narrativamente expressas enquanto manifestações fenomenológicas das experiências individuais –, segundo Edward E. Bruner (1986) os antropólogos *interpretativistas* tomam em consideração a relação entre experiência e expressão, na medida em que uma se estrutura à outra de forma dialógica e dialética.

A *corrente interpretativista* da Antropologia Médica partilha muitas das questões colocadas no seio da Sociologia da Saúde contemporânea. A narrativa é nela geralmente considerada como uma condição de experiência individual e social, incluindo percepções, sentimentos, acontecimentos. A doença é entendida na forma de objecto cultural particular, com racionalidades específicas próprios ou internas, susceptível de fornecer informações sobre a diferenças, por exemplo, entre a cultura científica biomédica ocidental e a cultura popular sobre saúde.

A *teoria interpretativista* não é totalmente coincidente com o modelo *ecológico*, muito por força da avaliação exterior que neste último é atribuída à cultura (i.e., como resposta no quadro da adaptação ao meio); o modelo *interpretativista* distancia-se dele na medida em que a doença é avaliada como componente de uma cultura, e não como unicamente algo de externo a ela no plano único da Natureza.

Também designada na forma de «*teorias culturais*» (Hahn, 1995), os proponentes da aproximação *hermenêutica* ou *interpretativa* («*interpretative medical anthropology*») à Antropologia Médica observam a doença na forma de experiência humana significativa, e não somente como o resultado exclusivo de uma patologia biológica. Estudam a experiência da doença e interpretam as suas expressões descritivas através da produção de palavras, manifestação de comportamentos e exposição de imagens.

Tanto para Arthur Kleinman (1980) quanto para Byron Good (1994), a *corrente interpretativa* pretende descrever os factores culturais que intervêm na problemática da saúde. Tendo por base de referência comparativa as incidências de estudo da Psiquiatria Transcultural, e sob uma vertente antropológica da análise, a doença é observada como um elemento de mediação cultural, um meio pela qual ela é passível de ser narrativa e discursivamente expressa. Neste sentido, a Medicina pode ser analisada pela abordagem *interpretativa* enquanto sistema cultural biomédico, sendo possível holisticamente compreendê-la nos contextos dos outros sistemas sociais e culturais etnomédicos.

Para Kleinman (1980) os cuidados de saúde representam réplicas ou soluções socialmente empreendidas sobre a forma *como* se lida com as doenças. Podem ser observadas e descritas na forma de sistema cultural, ou seja enquanto *sistema de cuidados de saúde* («*health care system*»). São constructos que correspondem a uma realidade clínica dentro de uma cultura particular; eles fornecem aos membros dessa cultura os *modelos explanatórios* (ou também «*explicativos*»/«*interpretativos*», «*explanatory models*» - *EMs*) com os quais são dados sentidos à doença e à cura.

Entre todos os que estão envolvidos no processo de saúde (que incluem os membros do grupo, nomeadamente familiares), os *EMs* sustentam uma definição de doença e um potencial enquadramento ou balizamento da sua eventual terapêutica. Sendo distintas as avaliações ou valorações subjectivas (e.g., desespero, gravidade, tratamento eventual, etc.) e objectivas (e.g., medição, validação, terapêutica tecnicamente predefinida, etc.) à doença e ao processo de cura, entre quem é tratado e quem trata existe quase sempre uma diferença substancial entre as suas *EMs*, o que desde logo pressupõe dificuldades de comunicação ou tradução.

Cada actor que lida com o cuidado e a atenção em saúde determina a sua acção (clínica) numa determinada variedade terapêutica que é, ela própria, suportada por valores, crenças e normas particulares existentes dentro de um certo sistema de saúde. Seja o profissional reconhecido, ou o que lida com um conhecimento alternativo ou paralelo, ou ainda o que trabalha sobre um saber popular («*folk*»), todos veiculam certos sistemas culturais que muitas vezes são, de modo intrínseco (ao nível de conceitos, cosmogonias, interpretações, práticas, etc.), entre si conflitantes.

Segundo defende Kleinman (1988), devem ser registadas e avaliadas as narrativas tanto dos pacientes quanto dos profissionais de saúde (do sistema oficial de saúde, ou fora dele). Enquanto que no caso do paciente (enfermo, ou objeto de doença) são exploradas as narrativas ligadas à etiologia, progressão e tratamento da doença, no do profissional de saúde (médico, ou tratador da doença) ele é observado narrativamente enquanto membro de um sistema médico (e.g., biomédico ocidental) com uma estrutura cultural particular (decorrente do exemplo anterior, inserido no paradigma da cultura biomédica positiva ocidental).

No estudo da relação entre a cultura profissional e a cultura local, através da abordagem interpretativista é exequível passar de um modelo monológico a um modelo dialógico. E, tomando em consideração as múltiplas possibilidades de análise sobre as narrativas clínicas, nessa medida também é possível estudar a relação empreendida entre o médico e o paciente (Delvecchio Good, & Good, 2000).

Quando observadas as tendências de análise teórica e conceptual, e no que se relaciona com a colocação da Etnomedicina dentro ou fora da *teoria interpretativista*, no plano geral da Antropologia Médica são estabelecidas três orientações dominantes: (1) como um campo teórico próprio focalizado no conhecimento etnomédico, oriundo das narrativas e dos discursos sobre doença e tratamento/cura através da distinção «*disease*»/«*Illness*» em diferentes contextos culturais; (2) enquanto uma quarta orientação teórica autónoma, com primazia da abordagem etnográfica; (3) dentro do estudo comparado aos sistemas médicos, uma derivação analítica da Biomedicina no quadro da observação global dos sistemas de saúde.

Com efeito, e em menção ao ponto “(1)”, por referência aos discursos, diálogos e às narrativas associados aos temas da doença e da cura alguns autores têm situado a Etnomedicina no mesmo plano do da *antropologia médica interpretativa*. Tal posição é partilhada, entre outros, por A. McElroy (1996), tomando-a inclusive como dominante no actual quadro teórico de análise. Muito embora ela própria se posicione numa vertente de estudo de *ecologia médica*, a atribuição que coloca sobre o que actualmente corresponde à *corrente interpretativa* é, para a autora, reservada à exploração de temas etnomédicos através do par conceptual «*disease*» / «*Illness*» inicialmente exposto por L. Eisenberg (1977) e dos «*explanatory models*» apresentados por A. Kleinman (1980).

A posição presente no ponto “(2)” resulta mais de uma possível imprecisão analítica do que uma estruturação concreta sobre uma forma de conhecimento ou uma tentativa de explanação de um qualquer modelo científico explicativo. A ideia que a precede está ligada ao facto de se assumir que, no âmbito de uma «antropologia médica aplicada» (Winkelman, 2009), os temas (posições conceptuais, níveis de desenvolvimento político e socioeconómico, práticas médicas, etc.) e meios de estudos (trabalho de campo, observação participante, etc.) observados e/ou descritos junto das culturas não são passíveis de serem «traduzidos» para o quadro cultural específico da biomedicina positiva ocidental.

A disposição expressa no ponto “(3)” corresponde, no momento actual, a uma posição analítica dominante. Grande parte da aceitação da incidência tomada dentro da *antropologia médica interpretativa* resulta dos trabalhos produzidos nas últimas quatro décadas por parte de A. Kleinman. Muito embora nas suas investigações anteriores (e.g., 1980; 1988) tenha explicitado essa orientação, é em particular através da sua obra “*Writing at the Margin*” (1997) que o autor procede a uma clarificação entre os campos da Biomedicina (i.e. os discursos e narrativas da saúde «por casa», próprios da cultura ocidental) e da Etnomedicina (i.e. os discursos e narrativas sobre temas de saúde no quadro de sistemas médicos comparados, característicos de outras culturas autóctones).

Embora o pesquisador sustente estudos sobre assuntos de Etnopsiquiatria e Psiquiatria Cultural ou psicopatologia comparada, é no campo de análise da Biomedicina que mais pesquisas produziu, ou seja, no seu próprio contexto cultural (o americano).

Enquanto análise comparada aos ideais e às práticas manifestados no contexto da saúde, por parte do autor um dos assuntos mais explorados dentro dos sistemas médicos é o da Bioética, comparando a moral descrita com a realizada. Através dela, e sobre uma perspectiva de análise alicerçada nas políticas de saúde nos planos nacional e internacional em termos de Antropologia do Desenvolvimento e Saúde Pública, ele assume um posicionamento analítico teórico próprio que, de algum modo, integra as correntes teóricas *interpretativa* e *crítica* da Antropologia Médica.

### **3.3.4. Teoria crítica.**

A terceira orientação é referente à *teoria crítica*. Se é lícito sustentar que a *Antropologia crítica* produzida a partir de meados do século XX influenciou em muito para a formação desta linha teórica em Antropologia Médica, também será oportuno recordar que ela é também decorrente de muitas outras prestações teóricas oriundas das mais variadas sensibilidades intelectuais.

Com efeito, poderia tomar-se o exemplo das contribuições da Medicina Social de Rudolf Virchow no século XIX quanto à importância da influência sócio-política e económica sobre a saúde. Para ele, a Medicina não é totalmente considerada como uma «Ciência da Saúde» mas antes uma «Ciência Social», na medida em que a política representa um «medicamento» cuja medida preventiva é aplicada a um campo mais amplo de acção social.

Considerada como a «ala esquerda» teórica da Antropologia Médica, o modelo é sustentado não só nas abordagens conceptuais de orientação marxista, mas, também, nas provenientes da «*Escola de Viena*» e, sobretudo, nas oriundas da tradição sociológica francesa, em particular com as obras de M. Foucault (entre outras, a de 1963) sobre a influência da economia política na percepção médica, em concreto clínica.

Segundo este autor, e no quadro de uma Sociologia construtivista da saúde, os padrões dominantes ideológicos e sociais sobre os cuidados de saúde estão intimamente relacionados com as ideologias hegemónicas da Biomedicina. À luz de uma análise social, em concreto a partir do século XVIII, a clínica ocidental é observada no quadro da arqueologia da progressão do seu significado, nomeadamente no campo da sua formação e dos usos dentro dela da Psiquiatria.

Enquanto realidades sociais oriundas das condições históricas particulares, a observação da estrutura particular das relações sociais face ao desenvolvimento de construções culturais permite depreender as assimetrias ou desigualdades existentes nas relações de poder. O *biopoder* e a *biopolítica* afectam (em termos de dependência, subordinação, dominância) a própria construção da realidade clínica, uma vez que estas são instituídas no interesse das estruturas de poder e/ou estão ao serviço das classes sociais dominantes.

Segundo R. Hahn (1995), a *antropologia médica crítica* («*critical medical anthropology*») procura associar as teorias políticas e económicas da *Antropologia crítica* ao contexto da saúde humana, em particular em relação ao uso das suas instituições e ao poder ou interesses existentes nos sistemas médicos. Interessa-se pelas dinâmicas e pelos processos sociais que configuram modelos de ideologia, identidade e desigualdade.

Nessa medida, e em complemento, também a *economia política da saúde* infere uma componente prática (Baer, 1982) no que diz respeito aos efeitos observáveis dos sistemas económicos (sobretudo os das «economias globais», como o «capitalismo») sobre os modelos e sistemas de saúde (em contexto locais, regionais, nacionais ou internacionais).

De acordo com Morsy (1979; 1996) a *teoria crítica* corresponde a uma forma de preenchimento do «elo perdido» no campo da Antropologia Médica, uma vez que não procura unicamente a descoberta do significado cultural da relação entre quem cura e quem é curado, mas, também, da representação da saúde e da doença num contexto de utilidade social e objectivo funcional e/ou organizacional.

Associe-se, por exemplo, e mais uma vez, os estudos sobre saúde de M. Foucault, em particular de saúde mental, relacionando o nascimento e transformação da clínica (1963) no âmbito da História das instituições hospitalares psiquiátricas sob diversas formas de objectivo funcional na ordem social (como tratamento às elites, afastamento dos indesejáveis do olhar social, forma de repressão social, etc.).

O problema da influência da *economia política* em Antropologia Médica não se fez só no campo das instituições e das organizações político-económicas tradicionais. A instituição de ensino médico ou biomédico, que segue o modelo cultura ocidental (Young, 1982), é, ela própria, produtora e reprodutora de elites sociais (dir-se-ia, pela teoria marxista, enquanto veículo ideológico ao serviço da *superestrutura*) e de uma cultura científica consubstanciada sobre essa vertente (i.e., sobre o modo como o próprio conhecimento médico é de acesso limitado, a forma particular como é veiculada, transmitida, ocultada, protegida, etc.) que é socialmente reconhecida e aceite.

Alguns dos principais contributos da *antropologia médica crítica* para a Antropologia Médica a partir da década de 70 do século XX reverteram na utilização do

modelo para a avaliação dos programas administrativos de apoio ao desenvolvimento dos programas ou das políticas de saúde, tanto em termos de objectivos pretendidos e resultados alcançados quanto no intuito para sugerir novas orientações (Frankenberg, 1974; 1980), em especial no âmbito dos designados «programa de intervenção» (do nível local ao internacional).

A incidência analítica preconizada (Hernández, 2008), menos teórica e mais pragmática, estrutura-se em torno de duas vertentes próprias da Antropologia, em particular norte-americanas: a Antropologia do Desenvolvimento e a Antropologia Aplicada. Não se confundindo com as iniciativas de âmbito estritamente etnográfico, nelas as acções no terreno estão dependentes de critérios de avaliação particulares, a saber, no acompanhamento ou na hipotética aplicação dos conhecimentos antropológicos para melhorar o contacto entre culturas ou como meio de «tradução» (i.e. como elo de ligação) entre as populações envolvidas nas estratégias de intervenção, ou seja, entre os sujeitos da intervenção (autóctones, «nativos», etc.) e os agentes interventores (médicos, enfermeiros, gestores, etc.), ou ainda como consultores junto dos coordenadores locais (gestores de projecto, etc.) ou dos técnicos ao serviço dos mesmos (e.g., consultoria de Etnopsiquiatria nas unidades móveis de saúde mental, etc.).

As virtudes e os erros das iniciativas de desenvolvimento, sobretudo a partir do designado «sistema mundial da saúde» (onde se situem os «sistemas médicos globais», ou os «sistemas médicos internacionalizados»), estão directa ou indirectamente associados à globalização cultural, o que inclui, também, o da própria cultura biomédica ocidental.

Sintetizando alguns dos temas recorrentes em *antropologia médica crítica* à luz da análise ao «poder», na obra “*Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*”, editada por Sargent e Johnson (1996), são colocadas algumas questões sob a forma de contribuições de estudo: (1) Quem determina e quem toma as decisões nas entidades ou instituições de biomedicina? (2) Como são reflectidas essas linhas de acção nas relações sociais de todos os grupos de actores envolvidos no sistema médico de saúde, e de que modo são afectados (i.e. diferenciados, afectados) os comportamentos entre eles? (3) Quais são as principais ambivalências (i.e. contradições,

equivocos criados) entre o discurso biomédico e a sua prática? (4) Quais as vantagens extraídas ou decorrentes por parte de quem controla o exercício biomédico, e de que forma elas podem funcionar como meio de pressão ou resistência?

Algumas das diferenças assinaladas entre a *antropologia médica crítica* e os restantes modelos teóricos centram-se no facto dela assumir um papel preponderante, senão mesmo decisivo, nos estudos de âmbito «aplicado», nomeadamente em contexto «clínico».

### **3.3.5. Antropologia e Clínica.**

A relação da vertente «aplicada» com a produção teórica da Antropologia Médica não depende de um só modelo de interpretação. Muito embora, por via do seu tipo de intervenção e da sua forma de reflexão, a *teoria crítica* se adeque bem a essa orientação da investigação, também os outros modelos teóricos são passíveis de trabalhar com base nessa abordagem.

Essas considerações revertem para o campo abstracto de reflexão sobre os dados empíricos obtidos. Contudo, um dos assuntos que maior dificuldade tem causado à pesquisa etnográfica e à análise etno-antropológica – quase sempre acompanhada de alguma polémica de âmbito académico – reside no facto de muitas pesquisas incidirem num plano relacional «Antropologia/Clínica». Uma vez advém da problemática existente entre o tipo de abordagem ao objecto da investigação face ao modelo teórico seleccionado. Outras vezes, decorre do posicionamento do investigador face ao tema avaliado ou abordado, ou seja, entre «Antropologia Clínica» e «Clínica Antropológica». Outras vezes ainda, da adopção do termo «antropologia» para o exercício de uma forma de «clínica».

Para uma melhor elucidação (Alexander, 1979; Chrisman e Maretzki, 1982; Foucault, 1963; Hill, 1991; Joralemon 1999; Sargent e Johnson, 1996; Winkelman, 2009) sobre as principais linhas de orientação decorrentes da anterior exposição, colocam-se, em seguida, as designações com um breve subsequente enquadramento:

A) *Antropologia Clínica* – abarca três vertentes distintas, seguindo as formulações conceptuais antropossociológicas do pensamento europeu, da

abordagem pragmática norte-americana, e da abordagem holística na ciência médica e na prática clínica.

- a. Uma orientação sociológica que toma em consideração os escritos de M. Foucault sobre a questão do *biopoder* no quadro da construção histórica do conhecimento médico, face às instituições médicas, ao controlo social (enquanto «corpo social») exercido sobre o indivíduo («corpo individual»), e aos exercícios de comunicação entre o médico (detentor de poder biospíco-social, de vida e morte) e o seu paciente (ausência de poder, sem real faculdade de escolha procedimental ou decisão pessoal).
- b. Uma vertente «culturológica» dividida em duas outras linhas de desenvolvimento, uma «aplicada» e outra declaradamente «não aplicada», ou melhor com «eventuais aplicações clínicas» dos conceitos antropológicos. A primeira, dita «*antropologia clínica aplicada*» («*clinical applied anthropology*») constitui uma linha de investigação próxima ou igual da *antropologia médica crítica clínica* e, a segunda, enquanto *antropologia clínica* («*clinical anthropology*»), procura estabelecer uma antropologia da clínica ou um antropologia centrada na clínica (e.g., análise ao sujeito e diagnóstico, tomada de decisão, psicoterapia no contexto psiquiátrico e/ou psicanalítico, etc.).
- c. Uma modalidade aplicada com recurso à utilização dos saberes e das práticas oriundos de múltiplos sistemas médicos, em particular dos «alternativos» e/ou «paralelos», com a integração de variados meios de diagnóstico e múltiplas soluções terapêuticas, algumas delas também com o recurso à utilização de meios de intervenção em saúde oriundos da cultura popular.

B) *Antropologia Clinicamente Aplicada* – esta abordagem particular é referida em dois quadros distintos, embora, por vezes, complementares.

- a. A *antropologia clinicamente aplicada* («*clinically applied anthropology*») corresponde a uma derivação ou adaptação dos estudos de *antropologia médica clinicamente aplicada*, sendo

tendencialmente utilizada por profissionais de saúde «não-médicos», sobretudo na actividade da Enfermagem.

- b. Outros investigadores sem formação específica em Saúde, como antropólogos por exemplo, mas que intervêm em assuntos muito específicos da área (e.g., estratégias de combate ao HIV/SIDA face às questões de género discutidas em contexto escolar no âmbito de uma política integrada de saúde pública).

- C) *Antropologia Médica Aplicada* – corresponde a um exercício antropológico de observação e análise, produzido ou não por investigadores ou profissionais de saúde, aplicado a lugares clínicos e/ou comunitários. Na *antropologia médica aplicada* («*applied medical anthropology*») a problemática está usualmente centrada na dissecação das narrativas da doença através da análise da conversação entre o médico (ou um actor social com o mesmo significado) e o paciente, no intuito de, a partir delas, se extraírem as categorias bem como as principais dimensões.
- D) *Antropologia Médica Clinicamente Aplicada* – diz respeito essencialmente à aplicação da *teoria interpretativa* da Antropologia Médica em lugares clínicos e/ou comunitários. Nesse medida, a *antropologia médica clinicamente aplicada* («*clinically applied medical anthropology*») segue os objectivos expostos na *antropologia médica aplicada* mas acrescenta-lhe questões específicas de análise, a saber, explorar os *modelos explanatórios* (EMs) de médicos e pacientes (incluindo os seus familiares), observar os modelos culturais da saúde quanto às crenças e práticas médicas dos pacientes, envolver a comunidade e os próprios utentes dos serviços de saúde na melhoria da comunicação entre os profissionais e os seus pacientes.
- E) *Antropologia Médica Crítica Clínica* – recorrendo aos pressupostos da *teoria crítica* em Antropologia Médica, as investigações que dela decorrem incidem sobre as problemáticas das relações de «poder» e «autoridade» entre o médico (em particular, no sistema médico biomédico ocidental) e o paciente. A *antropologia médica crítica clínica* («*critical clinical medical anthropology*») corresponde à visão sociológica de *antropologia clínica* europeia transposta para reflexão sobre as problemáticas de *economia*

*política em antropologia crítica*. Ela é sobretudo utilizada por antropólogos de formação, especialmente nos contextos de acção da Antropologia do Desenvolvimento e da Antropologia Aplicada.

F) *Clinica Antropológica* – sendo a mais discutível de entre todas as formas aplicadas ou «clínicas» de estudo, ela está associada a três referências distintas.

- a. Embora esteja mais delimitada no tempo e no espaço, presente em particular nos movimentos da Psicologia/Psiquiatria de orientação Humanista e/ou Transcendental, esta orientação procura situar o «Homem na sua totalidade integral». Por exemplo, como meio de intervenção no campo psicanalítico, integra os pressupostos teóricos do inconsciente individual freudiano aos do inconsciente colectivo junguiano. Enquanto modelo teórico particular e prática clínica psicoterapêutica, o projecto de *antropoanálise* (uma sociedade científica e de formação entretanto refundada sob uma outra designação) constituiu uma experiência concreta em Portugal desde a década de 70 até final do século XX.
- b. Numa tendência mais recente, a *clínica antropológica* (muito em voga nos países francófonos sob a designação «*clinique anthropologique*», bem como em alguns do norte da Europa) adopta os conhecimentos antropológicos como meio de «terapia cultural». A base da intervenção não recai tanto na aplicação da teoria antropológica mas sobretudo na adopção prévia de alguns temas antropológicos especificamente seleccionados. Utilizam, para tal, como eixo fundamental da aprendizagem, o tema do «Homem na sua totalidade (ou interdependência) face à Natureza (i.e. como Ser natural), reencontrando, por exemplo, as velhas tradições da «arte» de curar (como a recriação das actividades xamanísticas em múltiplas referências culturais).
- c. Um outro extremo (dir-se-á, mais «científico») adopta a *clínica antropológica* (sem ser a terminologia internacional dominante, a «*clinical anthropological*») no sentido da observação de questões

sociais e culturais à luz da análise comportamental. São exemplos algumas das intervenções empreendidas para a análise ao consumo no âmbito da Psiquiatria Cultural, bem como as utilizadas como estratégia no campo psicocultural de modificação de condutas (e.g., percepções e atitudes face ao racismo, etc.).

Existe muita fluidez terminológica ao nível das designações atribuídas, sendo muitas delas tentativas de fixar alguma notoriedade dentro de um certo exercício profissional ou de uma qualquer Escola de formação ou pensamento.

A maioria das actividades produzidas nestes estudos «aplicados» de Antropologia Médica ou Clínica tende a centrar-se nos problemas do exercício da Biomedicina ocidental, privilegiando o trabalho de campo «em casa» (em muitas das iniciativas por aparente comodidade metodológica ou efectivo interesse pessoal e académico).

No campo teórico, temporalmente foi a corrente *ecológica* que, face à sua componente «biológica» (dita «Natural»), estabeleceu grande parte do enquadramento teórico da Antropologia Médica, em especial na América do Norte. Aí, desde finais do século XX foi a *teoria interpretativa* que assumiu a liderança orientadora para a maior parte das investigações antropológicas encetadas; o mesmo se reproduziu no estudos práticos e nas vertentes «aplicadas», em concreto com a *antropologia médica clinicamente aplicada*.

Todavia, e numa perspectiva científica da Antropologia a nível internacional, é o modelo teórico *crítico* que assume há perto de duas décadas a direcção de grande parte das investigações, influenciando também quer no tipo de trabalho de campo envolvido quer na *antropologia médica crítica clínica*.

Ainda no domínio teórico, variadas vezes assistiu-se a uma certa integração das orientações e interpretações empreendidas. Já no final do século passado McElroy (1996) apontava para a uma certa conexão em trabalhos desenvolvidos entre a modelos de *ecologia e economia política* no quadro da *política ecológica e/ou ecologia política* da doença e da saúde (segundo a orientação à época dominante, ou *ecologia urbana da saúde* numa fase posterior), ou nos contributos da *teoria interpretativa* para a *corrente*

*crítica* da Antropologia Médica no que concerne, por exemplo, a definição da *política económica da saúde*.

Como referido, em trabalhos de Antropologia Médica de âmbito «aplicado» (Brown, 1998; Sargent e Johnson, 1996) ligados ao uso das medicinas e as práticas de cura numa vertente intercultural, a *antropologia médica crítica clínica* é a orientação de pesquisa tendencialmente mais adoptada. Ela determina um interesse ligado à própria estratégia de campo que lhe está naturalmente coligada.

Contudo, orientada, entre outros, para os assuntos da clínica em saúde (e.g., modelos culturais do clínicos prestadores dos cuidados de saúde, fenomenologia médico/paciente, etc.) e para a saúde mental (e.g., «cultura e desordem psiquiátrica», parte da «antropologia médica cognitiva», etc.), a *antropologia médica clinicamente aplicada* e, indirectamente, a *antropologia clinicamente aplicada*, é dominante na América do Norte, possuindo mesmo um grupo de interesse na «*Society of Medical Anthropology*».

As outras vertentes clínicas não desenvolveram um peso semelhante na Antropologia Médica. A *clínica antropológica* é utilizada numa escala mais reduzida. No entanto, ela tende a produzir duas grandes orientações de trabalho (Rush, 1996; Tseng, 2001; Gielen, Fish, e Draguns, 2004):

- A) Uma corresponde à tentativa de utilização dos conceitos antropológicos aos contextos clínicos.
  - a. Muitas vezes resulta na procura de integração de uma formação em medicina alternativa (medicina natural, medicina complementar, terapia «*new age*», «bioenergética», etc.) articulada com a medicina dita «convencional» (biomédica), procurando conjugar as diversas «vozes» no intuito da criação de uma medicina total (holística) ou integral (múltiplos recursos de diagnóstico e variadas terapêuticas disponibilizadas a nível biopsicossocial).
  - b. Tomando a interdependência do Homem em relação à Natureza, referencialmente ela aproxima-se muito da vertente culturoológica da *antropologia clínica*; elas diferem, sobretudo, em função do lugar de procedência geográfica em que elas são promovidas.

B) A outra, muito por causa da alteração no lugar da investigação e nos objectivos a ela ligados, está associada à transformação – passe a terminologia – da Psiquiatria Transcultural (ou «Intercultural») em Psiquiatria Cultural.

- a. Embora não tenha abandonado o seu projecto inicial (em especial ao nível da Etnopsiquiatria), a sua focalização actual está orientada para os temas sociais e culturais envolvidos nas perturbações mentais (sobre os temas do sofrimento físico e psíquico, das doenças degenerativas, da ligação entre cultura e psicose, etc.), aproximando-se em muito da *antropologia médica clinicamente aplicada* por via da observação dos modelos culturais (vulgo «narrativas») de doença e saúde no contexto de análise comparada a certos temas da Psiquiatria Social (i.e., a importância das variáveis culturais e interpessoais sobre o transtorno mental e o bem-estar).
- b. Conquanto numa medida mais limitada, este ponto também se associa à orientação sociológica em *antropologia clínica*, nomeadamente de como o Poder, e o Estado em particular, lida com os sujeitos que padecem de perturbações mentais.

Estes apontamentos sobre a aplicação «clínica» da Antropologia ou a Antropologia do/no exercício clínico denotam em si, a par de variadas outras restrições (nomeadamente de natureza ética e científica), uma efectiva limitação: a necessidade de uma formação concreta e específica no domínio clínico da saúde, em especial biomédico.

Com efeito, e muito embora não fosse por definição do campo de estudo estritamente necessário, desde a sua origem que muitos dos intervenientes na pesquisa de Antropologia Médica possuem duplas formações; para além de antropólogos também são médicos, enfermeiros, terapeutas ou psicólogos, entre outros.

Essa questão, porém, apresenta uma pertinência própria, na medida em que alguns «antropólogos médicos» intervenientes exibem publicamente um estatuto profissional sustentado numa formação em «Medicina», mas que, na maioria das vezes, não é consentânea com os actuais padrões académicos e científicos internacionalmente aceites (sendo aqui envolvidos, para além do modelo biomédico ocidental, outros

sistemas médicos tradicionais reconhecidos, por exemplo, pela OMS). Só esse facto, em si, seria merecedor de uma inquirição particular de Antropologia Médica.

### **3.4. Orientações e Tendências de Análise.**

#### **3.4.1. Indicações e incidências temáticas.**

Os estudos antropológicos sobre «doença» e «saúde» envolvem o encontro de múltiplas dimensões a partir das observações realizadas. Também compreendem múltiplas abordagens, como, entre outros, as de «antropologia social médica», a «antropologia da medicina», ou a «antropologia do exercício médico». Existe um quase infindável número de variações que coligam a Antropologia ao tema da Medicina.

Desde a sua génese, a Antropologia Médica sempre de algum modo reverteu para as duas maiores áreas de Estudo: a Física ou Biológica; a Social e Cultural. No entanto, ela possui um tema central (Augé, 1986; Kleinman, 1980; 1988; McElroy e Townsend, 1985; Strathern e Stewart, 1999; Whitaker, 2006; Winkelman, 2009; Young, 1982) que é marcadamente mais delimitado do que a definição, mais ampla, de saúde: a doença («*disease*», «*illness*» e «*sickness*») e, por força da sua existência, a cura («*curing*» e «*healing*»).

Estabelecendo reflexões sobre o corpo, a doença e a saúde em unidades culturais diminutas ou amplas, de forma isolada ou comparada a outras culturas e sociedades, a subdisciplina de Antropologia foi capaz de cativar outros que não os antropólogos das Ciências Sociais, chamando os contributos de médicos, enfermeiros, psiquiatras, psicanalistas, psicólogos, bem como de muitas outras categorias profissionais de Saúde. A maioria debruça-se sobre o tema tendo como pano de fundo as incidências específicas face ao problema em estudo, como a Biomedicina, Etnomedicina, os restantes sistemas médicos, ou os pluralismos médicos e/ou assistenciais.

As «medicinas», ou culturas médicas, sejam sob as formas de Biomedicina ocidental, medicina paralela, medicina tradicional, práticas populares, práticas não-oficiais popularizadas, ou práticas oficiais e/ou oficialmente reconhecidas, são, todas elas, compostas de tradições e resultados observáveis no quadro concreto de modelos culturais e de consenso.

Nos cuidados de saúde, ou nos sistemas de atenção em saúde (i.e., «*health-care system*»), ou ainda nos processos de doença e cura, todos transportam diversas fontes de autoridade ou poder (i.e., conhecimento, mistério, dissimulação, magia, etc.) bem como variados níveis de intervenção ao nível dos itinerários e trajectórias terapêuticos (e.g., terapêuticas religiosas, intervenções xamanísticas, curas simbólicas, etc.).

Alguns autores (Ember e Ember, 2004) tendem a estabelecer eixos conceptuais em torno de orientações teóricas conhecidas (e.g., perspectivas *ecológicas*, narrativas sobre as doenças, *antropologia médica crítica*), linhas clássicas de âmbito biológico (Antropologia Forense, Paleopatologia Humana) ou interdisciplinares («Psicanálise e Antropologia»). Certas vezes acrescentam-lhes «derivadas» analíticas como, por exemplo, a aportação da abordagem psicológica cognitiva-narrativa sob a designação de «antropologia médica cognitiva» («*cognitive medical anthropology*»).

A somar a estas considerações, nos recentes estudos de antropologia médica aplicada (Winkelman, 2009) a Antropologia Médica também é referida como «aplicável» ao campo da saúde, muito em concerto à clínica. Essa possibilidade, de resto, envolve divergências analíticas e procedimentais intrínsecas assinaláveis (e.g., «antropologia aplicada à clínica» vs. «antropologia clínica aplicada»).

Na obra editada por P. J. Brown (1998), mais tarde revista pelo autor com a colaboração de R. L. Barrett (2009), a antropologia médica aplicada é abordada sob uma linha clássica de intervenção. De certo modo, ela comporta algumas das referências temáticas mais representativas: relações entre etnicidade e sistemas de saúde, género e saúde (em particular nas sobre saúde feminina), cultura e nutrição, ou estudos de caso sobre *modelos explanatórios*, estratégias de «*coping*» em doentes crónicos, questões de saúde internacional (bem como em programas de intervenção).

Uma parte interessante do trabalho referido recai nas determinantes teóricas enunciadas como contextualização ao campo aplicado da Antropologia Médica. Aí, No trabalho dos autores (Brown e Barrett, 2009) constam de forma clara duas tendências por parte dos investigadores que colaboraram na obra, sendo uma biológica e outra social e cultural. Na primeira apresentam, no contexto específico dos estudos centrados na «doença», abordagens biosociais, variações biológicas humanas, Bioarqueologia e História. Na segunda expõem temas como *antropologia médica crítica*, culturas e

políticas ecológicas das doenças, construção social da doença e produção social da doença, abordagens culturais à doença, crenças e sistemas etnomédicos, os curadores (i.e., médicos, curandeiros) numa perspectiva de comparação cultural, relações entre cultura, doença e saúde mental.

Entre as resenhas aos assuntos teóricos, sob quadros analíticos puramente teóricos ou aplicados, parece ser lícito afirmar que existe uma certa tendência ou continuidade nas referências principais assumidas. Contudo, também é necessário apontar algumas das valências que poderão comportar uma forma de estudo antropológico no quadro global da saúde.

Dois campos estão presentes, embora com pesos relativos diferentes. Primeiro, a Antropologia Cultural, depois a Antropologia Biológica. Possuindo influência históricas diferentes nas respectivas composições disciplinares, ambas tendem a estar de algum modo orientadas em torno de dois níveis duas avaliações, comparadas ou não entre si, a saber a medicina tradicional e a medicina positiva ocidental. A inter-relação entre ambas está presente em trabalhos que integram uma inequívoca abordagem biocultural (e.g., ecossistemas humanos e resultados de saúde manifestados em análises sanguíneas, genética humana comparada para determinação da evolução ou avaliação de patologias face a grupos étnico, hábitos alimentares num grupo cultural e resultados individuais ou médias colectivas das pressões arteriais, etc.).

No que diz respeito aos estudos entre culturas (multiculturais, transculturais, interculturais), e muito embora envolvidas pelos limites da perspectiva comparativa no estudo da saúde, produzem-se estudos orientados para as constantes humanas ligadas aos temas de «vida» e «sobrevida» (meio ambiente, organismos vegetais e animais, organização social e do território, protecção física e psíquica, fontes e tipos de alimentação, etc.), «dor» e «sofrimento» (aflicção, angústia, pesar, desgraça, vergonha, miséria, dificuldade, perigo, etc.) manifestados em planos separados ou não (físico, psíquico, material, imaterial, humano, não humano, etc.).

Todos esses elementos tendem ainda a estarem de algum modo associados a assuntos de «transição», quanto ao modo (bem-estar, doença, cura, corpo, reprodução, nascimento, morte), à forma (alma, espírito, animismo, mito, rito, religião, cosmovisão, onirismo, morte mágica, etc.), e aos procedimentos (cerimónias de nascimento,

casamento, enterro, purificação, afastamento, limpeza, feitiçaria, xamanismo, curandeirismo, cirurgia psíquica, etc.).

Perante o imenso material disponível e as múltiplas incidências passíveis de serem elaboradas, as abordagens etnográficas podem ser agrupadas tendo em consideração algumas referências distintas das existentes em outras etnografias produzidas: poluto e impoluto; «arte» de curar; imagens e representações da doença e do doente (incluindo os discursos individuais e colectivos); práticas «exóticas» e biomedicina ocidental; símbolos, cultos, e ritos na relação médica; migrações e psicopatologia cultural.

Determinados temas são especificamente enquadrados em estudos de incidência transdisciplinar (e.g., relação entre as técnicas terapêuticas utilizadas num grupo social humano face à ecologia do meio envolvente, concretamente em relação à sua variedade, riqueza ou escassez). Os resultados da pesquisa podem assumir múltiplos suportes de exibição, podendo ir muito para além do tradicional em papel impresso (e.g., *sítio* específico na Internet, filme etnográfico, etc.).

Certas referências de estudo reportadas ao terreno etnográfico estão estabelecidas em torno do que podem ser consideradas heranças ou tradições culturais para a construção sócio-simbólica da saúde. Sobre elas convergem trabalhos com motes como medicina «convencional» *Vs.* tratamentos «alternativos», tradições rurais em agrupamentos urbanos, símbolos e sistemas de cura orientais, mitos e rituais africanos, ritos afro-americanos, experiências xamanísticas, ou artes divinatórias.

Alguns dos recentes sectores explorados têm recaído sobre as novas expressões socioculturais, nomeadamente no quadro de novas «tribos urbanas» (e.g., cultos ecológicos e ritos alimentares; manutenção física e unidades de saúde; exposições míticas e manifestações de conteúdo religioso).

Ainda dentro da actividade urbana, ou em territórios/ecossistemas de transição entre o mundo rural e o urbano, tem havido um interesse particular para o tema das hortas, nomeadamente domésticas, e conseqüente recolha de materiais (raízes, folhas, tubérculos, frutas, frutificações de fungos como cogumelos, etc.) para efeito de complemento alimentar e/ou de actividade lúdica, mas também de âmbito curativo ou

cosmético (e.g., infusões e macerações lentas ou rápidas, cataplasmas frios ou quentes, máscaras corporais e/ou faciais, etc.).

As estratégias de estudo com comparação social e cultural sobre todos eles envolvem diversas especialidades etnológicas. As mais envolvidas são a Etnomedicina (entendida na forma de «sistema médico»), Etnociência (embora encarada com uma atenção especial em muitas outras especialidades, sendo mesmo considerada por vezes como um campo disciplinar autónomo), Etnobotânica, Etnofarmacologia, Etnopsicologia e Etnopsiquiatria. Cada uma delas, como as duas últimas por exemplo, podem estar associadas entre si em orientações específicas (e.g. Psicanálise) ou num quadro mais amplo de referências lateralizadas (e.g., biologia evolutiva do desenvolvimento humano, psicologia evolutiva ou evolucionária, Ciências Forenses, Psicofarmacologia, etc.).

No âmbito da abordagem etno-antropológica amiúdas vezes são adoptadas orientações de estudo que tomam em consideração a doença e a saúde como «construções culturais», a saber, entre outros, o modelo biomédico como modelo sociocultural, o sistema oficial de saúde e os sistemas «alternativos», a visão (multi)cultural nos profissionais de saúde, os idiomas e discursos sobre saúde e doença, ou a doença como «metáfora».

Também uma parte substancial das pesquisas tem sido dirigida para as novas tecnologias biomédicas e seus impactes sociais e culturais, a saber, reconstrução e reconstituição corporais, maternidade, cuidado infantil, envelhecimento e esperança de vida, rastreio global às epidemias e pandemias, HIV/SIDA.

No que concerne os exercícios de natureza antropológica elencados aos temas da doença e da cura, existem objectos de inquirição com polarizações temáticas decorrentes de inter-relações entre as dimensões física, psíquica e social: ritos de vida e de morte; diálogo (inacabado) entre físico e transcendente; estigmas e marginalizações; relações e rituais entre géneros; gerações e envelhecimento.

Para além da própria «Antropologia Médica», os domínios da Antropologia envolvidos nos temas e assuntos referidos repartem-se geralmente pelas seguintes disciplinas e subdisciplinas: Antropologia Biológica e Genética; Antropologia Forense; Antropologia Social e Cultural; Antropologia Psicológica, Psiquiátrica e Psicanalítica;

História e Sociologia Médica; Antropologia da Doença; Antropologia do Corpo; Antropologia da Dor.

Algumas outras poderão surgir na forma de conexão disciplinar (e.g., Antropologia Simbólica, Antropologia das Religiões, etc.), no quadro de referências contextuais (e.g., «Antropologia do Trabalho» ou «das Organizações»), ou, como no caso da «antropologia da cura simbólica» (e.g., exploração do assunto da relação entre a cultura e o efeito «placebo»), enquanto tentativas de formação de um campo específico de análise sobre uma reflexão biocultural ou biossocial particular.

Uma parte substancial da actividade antropológica, nomeadamente «aplicada», resulta de tarefas realizadas no âmbito de trabalho transdisciplinar ou interdisciplinar. Seja com gestores, políticos, sociólogos ou economistas, bem como com médicos, enfermeiros, ou psicólogos, ou também mesmo com militares, o antropólogo que colabora no planeamento estratégico ou na tarefa de intervenção em campo, em contexto nacional ou internacional, tende a explorar assuntos decorrentes (muitas vezes, por força da sistematização da iniciativas, «recorrentes») dos resultados dessa iniciativa.

Essas experiências podem incluir, por exemplo, matérias apostas aos limites do acto médico:

- A) Quanto ao elemento de controlo face à complexidade da acção médica, como a prática da «medicina defensiva» (ligada a um excesso de zelo médico procedimental e de exames complementares, muitos deles onerosos, como forma de evitar processos por negligência profissional), ou da «medicina preventiva» (associada a uma verificação antecipada e sistemática, sem a manifestação sintomática ou urgente, dos parâmetros parciais ou globais de saúde).
- B) Na investigação médica e bioética em populações (e.g., diferença entre o discurso e a prática quanto à ética da responsabilidade, dificuldade de compreensão na tradução dos objectivos quanto ao consentimento informado, etc.).
- C) Em estratégias diferenciadas nas políticas de saúde (e.g., populações migrantes, minorias e ideologias, projectos internacionais).

Em muitas obras de síntese, sobretudo nas de orientação norte-americana, é possível encontrar um conjunto algo estável sobre os dados de trabalho produzidos. A maioria deles já foi de algum modo apontado; outros estão inseridos num quadro mais específico de análise, muitas vezes também integrados na avaliação comparativa ao chamados «sistemas médicos».

Utilizando, entre outros, na forma de obras individuais ou colectâneas, os trabalhos de Amber e Amber (2004), Brodwin (2001), Crews, (2003), Helman (2003), Inhorn e Brown (1997), Sargent e Johnson (1996), Saillant e Genest (2006), Trostle (2005), Whitaker (2006), é sustentável equacionar-se uma listagem de assuntos específicos aos quais poderão potencialmente corresponder uma série quase infindável de temas e subtemas:

- A) *Sistemas Médicos* – muito embora os mesmos sejam posteriormente explorados no presente texto, apontam-se a *Biomedicina* e a *Etnomedicina*.
- B) *Actividade Biomédica* – profissões de saúde e prestadores dos cuidados de saúde; interacções médico-paciente; organizações de saúde e interacções clínicas; medicina baseada na evidência; redução de danos; percepção do risco; medicina preventiva; medicina defensiva; vulnerabilidade e responsabilidade sobre doença/cuidados de saúde; ética e bioética.
- C) *Doença e Cura* – experiência e significação pessoal da doença e da cura; crenças, concepções e representações; narrativas e discursos populares da saúde; cultura popular da saúde; modelos e consensos culturais da doença e da saúde; mitos e rituais de cura; práticas nacionais de saúde; relações sociais da doença; cura física e espiritual; deficiência, incapacidade ou desvantagem (i.e., afecções crónicas limitadas, progressivas ou definitivas sob as formas de «*impairment*», «*disability*» e «*handicap*»); doenças agudas ou crónicas.
- D) *Corpo e Significação* – definições culturais de anatomia e fisiologia; modelos culturais sobre os processos corporais; percepções e idealizações sobre o corpo; valorações aos atributos corporais; corpos individuais e sociais; peles simbólicas (vestuários, adornos, tatuagens e escarificações); estruturas e funcionamentos corporais («zonas desproporcionais», problemas

gastrintestinais, alergias, *diabetes mellitus*, compensações terapêuticas e equilíbrios hormonais, procedimentos de dieta, planificações na nutrição); novos corpos (manutenção física e rejuvenescimento físico, tonicidade e musculação, recuperação física pós-parto, tendências ou padrões de consumo estético e alimentar); corpos reconstituídos (cirurgia estética, reconstrutiva, de transplante).

- E) *Desenvolvimento Humano* («*Human Development*») – ciclo de vida (nascimento, amamentação, crescimento da criança, envelhecimento, e morte); saúde reprodutiva; controlo populacional; saúde de género; saúde sexual; saúde da criança; circuncisão sexual masculina; excisão genital feminina.
- F) *Política Económica da Saúde* – saúde global; saúde e migrações; saúde indígena; saúde e desenvolvimento económico; saúde e política; atributos históricos e culturais do poder político da saúde; determinantes históricas e culturais sobre as modalidades das práticas médicas; institucionalização da saúde (parto e morte); comercialização e mercantilização da saúde; economia política nos fornecimentos dos cuidados de saúde; desigualdade e estratificação social da/na saúde; distribuição social da doença; segregação sociocultural e economicamente estruturada no acesso à saúde (doentes «ricos» vs. «pobres»); sectores «público» vs. «privado»); disponibilidade diferenciada dos recursos de saúde; consumos diferenciados aos recursos disponíveis de saúde; saúde no/do refugiado; saúde no contexto das formações sociais pós-coloniais; pobres urbanos; populações sem-abrigo.
- G) *Ambiente, Comportamento e Saúde* – uma designação genérica que integra, globalmente ou em parte, os assuntos anteriores, muito embora enquadrados num eixo biocultural (e.g., factores culturais na epidemiologia). Comporta, entre outros, ambiente e alimentação; alimentação e nutrição; relações entre culturas e vectores de propagação de doenças infecciosas; ecologia política das doenças infecto-contagiosas (HIV/SIDA); saúde mental (cultura e doença, nas vertentes de manejo do infortúnio, da ansiedade e *stress*, ou nas marcas psicológicas resultantes de rituais de passagem e transições de posições

sociais, perda e luto, ou ainda nas migrações e psicopatologias); uso de substâncias (drogas químicas e dependências); prevenções e desastres.

H) *Saúde e Tecnologia* – segue os princípios integradores já anteriormente apontados, muito embora numa escala mais difusa e alargada, tendo por base em impactes sociais e culturais de/sobre esses assuntos (ou vice-versa).

- a. Etnobotânica e Etnofarmacologia (ou biologia da acção terapêutica por via da etnografia médica) em Biotecnologia e Farmácia (diversidade dos produtos e meios de produção, biopolítica e direitos de propriedade/proriedade intelectual, métodos e técnicas de pesquisa, fidedignidade dos resultados, testes e comparabilidade).
- b. Novas orientações e incidências da pesquisa biotecnológica (engenharia alimentar, transgenia, cosmética e rejuvenescimento, bioengenharia dos tecidos e órgãos vivos, engenharia dos órgãos artificiais humanos, modificações ambientais e doenças auto-imunes) e bioengenharia genética médica aplicada (genoma e genómica, terapia génica, disfunções e deformações congénitas, neoplasias e células tumorais, infertilidade).
- c. Procedimentos médicos em intervenções cirúrgicas (técnicas intrusivas e não intrusivas, transfusões e autotransfusões, internamentos e ambulatórios, nano/micro e macrocirurgias, cirurgia robótica medicamente assistida) e em transplantes (compatibilidades e rejeições, terapias imunossupressoras, histocompatibilidades, biomateriais e citocompatibilidades; autotransplantes, heterotransplantes, xenotransplantes; «biónicas» e órgãos artificiais).

Estes temas aglomeram-se a muitos outros. A «*Society for Medical Anthropology*» – a organização científica mais importante a nível mundial sobre a subdisciplina de Antropologia Médica, e secção autónoma da «*American Anthropological Association*» – integra estas tendências na forma de grupos de interesse, a saber os de (1) medicina complementar, alternativa e integrativa, (2) saúde e bem-estar da criança, (3) saúde global e doenças emergentes, (4) pesquisas sobre

deficiência. São eles que, genericamente, orientam em parte os assuntos explorados nos trabalhos realizados, nomeadamente nos de âmbito etnográfico.

### **3.4.2. Sistemas médicos.**

Um número substancial da literatura acima referida explora, de modo particular, o campo de análise referente aos «sistemas médicos». Nessas pesquisas o termo «sistema» não é directamente emprestado da análise sistémica tradicional (i.e., como agregado, aberto ou fechado, de partes mutuamente interligadas e dependentes) mas considerado enquanto um conjunto cultural estável de conhecimentos e práticas sobre doença e saúde.

Sob a óptica do reconhecimento das doenças e do acompanhamento das suas progressões na forma da tentativa de cura existem diversas modalidades concorrentes: biomédica (e.g, cuidados primários e atenção hospitalar), alternativa (e.g., homeopatia e aromaterapia), tradicional (medicina ayurvédica indiana e medicina tradicional chinesa), popular (autodiagnóstico de saúde e automedicação), e «*folk*» (e.g., «endireitas» e curandeiros).

São diversos níveis de intervenção que, em função de variáveis geográficas e temporais, são socioculturalmente ora dominantes ora concorrentes próximos (i.e., englobam vários sistemas etnomédicos). Esses são, de resto, dados importantes para a elaboração de pesquisas sectoriais.

Contudo, tanto numa versão monocultural quanto num estudo comparativo através das culturas, existe a possibilidade de se observar um determinado sistema médico à luz do modelo cultural particular nele subjacente. Este constitui-se antropologicamente em «sistema médico», na forma de tipologia ou classificação.

De entre uma lista variável de sistemas médicos – bem como dos sectores dos cuidados de saúde envolvidos –, existem dois deles dominantes: o biomédico (i.e., sob a forma de «produção cultural», enquanto modelo biomédico positivo ocidental, a Biomedicina como objecto de estudo observado na forma de «sistema cultural»), e a Etnomedicina (i.e., tendo em consideração o sistema de manutenção da saúde de uma

certa comunidade, o estudo comparado entre pluralidades culturais quanto às modalidades e/ou aos processos de doença e cura).

Muito desenvolvida a partir da década de 70 do século XX (Landy, 1977; Foster e Anderson, 1978), a Etnomedicina corresponde ao estudo comparado dos sistemas médicos, com particular incidência sobre os não ocidentais. Com uma orientação inicial empreendida sobre as medicinas «primitivas» (curandeiros, xamãs, etc.) mais tarde envolveu-se mais sobre os temas da medicina «popular». Ainda no presente conserva a sua principal linha de análise, sobretudo em contexto etnográfico: valores, normas e regras sociais e culturais face aos papéis sociais, crenças e práticas de saúde.

Como assinalam McElroy (1996) e Sargent e Johnson (1996), com os trabalhos de Arthur Kleinman (1980; 1988) as investigações etnomédicas subsequentes adoptaram o conceito de *modelo explanatório* (i.e., as noções sobre os motivos da doença, os critérios de diagnóstico utilizados e/ou reconhecidos, e as opções de cura ou tratamento), o que, por sua vez, levaram ao levantamento de informações sobre construções culturais da doença a partir da observação do par de narrativas conceptuais «*sickness*» / «*Illness*».

Muito por força da sua própria formação, não foi só no campo da Etnomedicina que se assinala a importância dos trabalhos de A. Kleinman. Como exemplo, também num outro sistema médico – de resto ligado à abordagem psiquiátrica etnomédica –, a Etnopsiquiatria, foram produzidos a partir da década de 70 do século passado uma série de trabalhos na qual as categorias de classificação psiquiátrica de diagnóstico ocidental (nomeadamente pelo «*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*» – DSM) foram avaliados numa perspectiva transcultural.

Dez anos antes (na década de 60) já tinha sido aventado, como assunto de interesse académico, que muitos episódios individuais e colectivos registados em várias populações (e.g., quadros psicóticos com estatutos episódicos ou definitivos como «susto», «amok», «latah», «pibloktoq», etc.) aparentavam corresponder a síndromes (ou síndromas/os) culturais, ou melhor, a um quadro clínico dependente de síndrome atípico culturalmente vinculado. Correspondiam a formas de psicose psicogénicas atípicas, no quadro de somatizações e psicossomatizações até então não classificáveis nos sistemas nosológicos tradicionais psiquiátricos ocidentais.

Essa condição foi oficialmente reconhecida a partir de 1994 pela «*American Psychiatric Association*» (acrescentada em apêndice no DSM-IV) sob a designação de «*culture-bound syndromes*» – CBSs (ou, «*common culture-bound syndromes*» na revisão recente do DSM, «*síndromes comuns culturalmente vinculados*» na tradução da versão portuguesa, também indicado em Psicologia como «*culture-specific syndrome*»).

Tal reconhecimento não invalida que, independentemente da localização no Manual, ou da baixa importância atribuídas ao fenómeno, poderá não ser possível procurar traduzir um diagnóstico sob uma certa construção cultural, uma vez que ele próprio também é um produto de um sistema cultural biomédico.

Porém, é no lado europeu que se estabeleceu uma das conclusões mais importantes quanto à referência ao tema da «normalidade»/«anormalidade» da actividade psíquica e da patologia mental. Com as obras introdutórias (1970; 1972) do antropólogo e psicanalista francês de origem húngara Georges Devereux foi possível, concretamente através de trabalho de campo efectuado nos Estados Unidos (e.g., saúde mental em xamãs), propor-se que uma categoria de doença psiquiátrica, como uma forma de *Psicose* por exemplo, poderia estar também associada às «doenças populares» («*folk illness*», ou «*exotic syndromes*»), ou melhor, à noção de «desordem mental étnica» (no sentido de pertença central de uma certa cultura).

É sob a lógica deste enunciado aplicável aos domínios da Etnopsiquiatria (bem como na «clínica etnopsiquiátrica») e da Etnopsicanálise que, entretanto, M. Augé (1986) e F. Laplantine (2004) tiveram a oportunidade de desenvolver os seus trabalhos subsequentes quanto à abordagem antropológica sobre a doença.

Se em relação aos sistemas médicos descritos e analisados em colectâneas científicas de Antropologia Médica não existem variações díspares quanto aos sistemas biomédico e etnomédico – muito embora em alguns deles se proceda a separação do sistema médico alternativo em relação a esta última –, já na enunciação dos restantes se observam, comparativamente, diferenças substanciais.

Em muitas delas (Baer, Singer e Susser, 2003; Brown, 1998; Brown e Barrett, 2009; McElroy, 1996; Pool e Geissler, 2005; Sargent e Johnson, 1996) as variações resultam do período temporal em que foram produzidas, do contexto académico e da área de estudo adoptada em que são desenvolvidas (cultural, social, africanista, urbana,

etc.) ou da orientação teórica empreendida (modelos *críticos*, *interpretativistas*, *feministas*, etc.), ou mesmo ainda da incidência dos estudos (eminentemente teórico-conceptuais, estudos aplicados, de análise dedutiva, processo indutivo, etc.).

Recordando-se que as variações no sistemas médicos seleccionados e explorados são entendidas como produtos culturais organizados na forma de «sistemas culturais», indicam-se algumas outras referências propostas nas edições de Ember e Ember (1996; 2004) e Sargent e Johnson (1996), sendo algumas vezes coincidentes com os assuntos, temas e subtemas anteriormente apontados: (1) medicina alternativa, (2) fenomenologia da doença e da saúde, (3) pluralismo médico, (4) bioética, (5) tecnologia biomédica, (6) possessão e transe, (7) xamanismo, (8) medicalização e controlo social, (9) etnofarmacologia.

Sobre todas essas variedades temáticas existe um dado interessante a reter do ponto de vista meta-analítico antropológico. A discussão sobre a defesa ou sustentação da existência de um determinado sistema médico pode, ele próprio, corresponder a uma forma de «Antropologia da antropologia dos sistemas médicos».

Todos estes sistemas médicos dificilmente poderão ser considerados com entidades definidas, estáticas e compartimentadas. No quadro da *teoria crítica* aplicada ao estudo comparativo dos sistemas médicos e dos efeitos que o modelo biomédico tem sobre a saúde das populações nos países em «vias de desenvolvimento», na sua obra de referência C. Leslie (1976) argumenta que o «pluralismo médico» (i.e., a existência, em competição, de múltiplos sistemas médicos numa só comunidade) é uma realidade em qualquer contexto social e cultural, mesmo nas sociedades tecnológicas ocidentais ditas «desenvolvidas».

Na realidade, tomando como exemplo um dos mais profícuos investigadores norte-americanos em Antropologia Médica, as observações produzidas ao longo de mais de 40 anos por parte A. Kleinman são demonstrativas dessa constatação, uma vez que as pesquisas desenvolvidas pelo autor foram transversais sobre praticamente todos eles (e.g., Biomedicina, Etnomedicina, Etnopsiquiatria, narrativas da doença, fenomenologias médico/paciente no sistema de saúde, sistemas de cuidados de saúde e controlo social, sistema cultural ético, ética profissional e prática sócio-profissional, bioética, etc).

A não existência de uma uniformidade concreta entre as posições particulares sobre uma listagem dos principais sistemas culturais de âmbito «médico» (i.e., doença, cura, e saúde) não é, em si, algo de contraproducente. Objectivamente, ela poderá ser considerada como «antropológica»; primeiro no sentido de garantir a presença do que é «geral» e ressaltar o que alguns consideram como sendo «particular»; segundo, e mais importante, porque a Ciência e o próprio exercício científico são dependentes do contexto social e cultural em que são produzidos (bem como da respectiva política científica), pelo que os assuntos, temas e subtemas acompanharão sempre, decerto, o *ethos* comunitário (i.e., o que é característico, próprio do comportamento dos membros de uma comunidade, num certo tempo/lugar).

### **3.4.3. Abordagens pedagógicas e meios de estudo.**

Na obra de edição a cargo de R. Littlewood (2007) são questionados os potenciais limites à produção de conhecimento em Antropologia Médica. Na maioria dos artigos presentes que recorrem a muitos exemplos sobre temas já anteriormente referidos, as limitações apontadas descorem sobretudo das actividades de terreno (e.g., no contexto social de violência, ou cultural de extremismo religioso, etc.).

Muito embora não seja avaliada nessa referida obra, há todavia um ponto importante que permanece associado às balizas que delimitam e/ou direccionam os contextos de conhecimento e acção: quais são, em termos pedagógicos (i.e., enquanto «manual didáctico-pedagógico»), as principais orientações de pesquisa, reflexões teóricas e procedimentos práticos a serem empreendidas quando se investiga em Antropologia Médica. Na realidade, toda a sistematização sobre o ensino académico e profissional é, regra geral, pouco comum, com raras fontes de informação.

Num texto de 1979 intitulado “*Teaching Medical Anthropology*” (patrocinado pela «*American Anthropological Association*»), da autoria de H. Todd e J. Ruffini, é possível observar-se que nele são reproduzidos, há pelo menos quatro décadas, símiles condições de análise teórica às actualmente utilizadas, os mesmos procedimentos empíricos e, sobretudo, as mesmas indicações de estudo das existentes no presente, indicando, assim, uma certa continuidade/estabilidade no tempo.

Um dado a reter sobre o manual apresentado é o da maior amplitude e variação de temas, muito embora sejam perfeitamente actuais: (1) saúde holística (no sentido da medicina integrativa), (2) Antropologia Nutricional (um assunto com alguma tradição tanto na Antropologia Cultural quanto na Antropologia Social, mas que nunca soube verdadeiramente autonomizar-se), (3) variação cultural na prática de enfermagem (um tema que reverte para a actualidade em grande parte das investigações produzidas ou em curso), (4) Antropologia e planeamento familiar; uma vertente aplicada que não tem sido muito assumida na abordagem «clínica» actual, excepto nos estudos sobre mulheres e crianças; nestes os temas explorados foram guiados para dois contextos distintos, a saber, os da cultura e natalidade, e da orientação familiar (sobretudo no quadro da actividade pediátrica).

Em Portugal a «Antropologia Médica» só foi adoptada muito recentemente, pelo menos sob essa designação formal. Até aí, um certo «pudor» intelectual – numa questão já abordada quanto ao problema do uso do termo «médica» fora do âmbito estrito da Medicina – e algumas incidências de índole generalista (i.e., de «saúde», com a adopção de uma configuração mais ampla e geral desse campo de pesquisa) em meios académicos e de pesquisa afastaram de alguma forma esta subdisciplina dos meios Académicos nacionais, e, logo, do seu ensino e formação.

Na decorrência do interesse manifestado por parte de algumas Academias portuguesas sobre as investigações produzidas na Europa (sobretudo as orientadas para a Antropologia da Doença, a Etnopsiquiatria e a Sociologia da Saúde) e na América do Norte (sobre a Antropologia Psicológica, a Antropologia do Simbólico, e a própria Antropologia Médica), há cerca de quinze anos surgiram disciplinas em estudos graduados e pós-graduados (ou de especialização, seminários, etc.) de «Antropologia da Saúde» – assumindo, por vezes, outras designações como «Antropologia Social da Saúde» ou «...da Saúde e da Cura», ou ainda «...da Saúde e da Doença») – e «Antropologia Médica».

Os motivos ligados ao desenvolvimento desse domínio de pesquisa não são só dependentes das influências pontuais de uma ou outra disciplina preexistente. Mesmo que pontualmente implementada no território nacional, a Antropologia da Saúde já existia integrada em estruturas curriculares de formação superior americanas (incluindo

no continente sul americano) e europeias (França, Grã-Bretanha, Alemanha, etc.), ou mesmo ainda, por exemplo, no sul da Ásia e no extremo Oriente (Índia, Japão, etc.).

No entanto, dois vectores foram determinantes para um certo redireccionamento dos interesses efectivos associados à actividade pedagógica sobre os assuntos de saúde humana:

- A) Diminuição significativa nos contingentes de estudantes de Antropologia nas Universidades portuguesas, sobretudo assinalável a partir dos finais da década de 90 do século transacto.
- B) Reorientação curricular em alguns centros académicos de investigação e ensino, nomeadamente em Faculdades de Saúde (excepto enquanto pós-graduação/especialização), de «Antropologia Médica» para «Sociologia Médica», de «Antropologia da Saúde» para «Sociologia da Saúde» ou «Antropossociologia da Saúde».
- C) Aumento dos estudos (graduados e pós-graduados, com candidatos nacionais e não nacionais, bem como de intercâmbios internacionais) em áreas disciplinares de Biologia Humana, Biologia do Desenvolvimento e Evolução, Biologia do Comportamento ou, em menor número, Osteopatologia Humana e Análise Paleopatológica. As vertentes de investigação tendencialmente mais exploradas permanecem as de Genética Humana e Reprodução, Etologia e Biologia Evolutiva do Comportamento e da Cognição, Antropologia Biológica e Antropologia Forense.
- D) Resultante do enorme desenvolvimento nesse período temporal dos assuntos associados à Saúde, e à Medicina em particular (e.g., inovações em tecnologias médicas, garantias sociais nas prestações dos cuidados de saúde, envelhecimento das populações, problemas e tensões nos sectores de saúde, etc.), surgem renovas abordagens antropossociológicas (e.g., «Antropossociologia da Saúde», «Sócio-Antropologia da Saúde», «Saúde Internacional», etc.) e, sobretudo, outras orientações de estudo/pesquisa perfilhadas às áreas de «cultura e saúde» (e.g., Etnobotânica e Etnofarmacologia).

Paulatinamente começaram a surgir, no início do presente século, outras propostas de formação. Primeiro, pontuais e isoladas; mais tarde especificamente organizadas na forma de produto autónomo de formação. Muito embora outras a tenham experimentado de modo intermitente (pelas razões já anteriormente aludidas), por via dos estudos antropológicos entretanto produzidos o envolvimento da Academia de Coimbra foi seguramente o mais visível no panorama nacional.

Dando corpo a uma tendência de orientação da actividade lectiva já há muito experimentada – e que integrava as especializações de Antropologia Biológica (incluindo a Antropologia Física) e Antropologia Social e Cultural, mais tarde acrescentada da Antropologia Forense –, nos anos recentes ela adoptou inicialmente um Mestrado tradicional na modalidade pré-Bolonha em «Antropologia Médica» (e outro em «Psiquiatria Cultural»), tendo subsequentemente transformado o mesmo em proposta de segundo ciclo de estudos superiores (eventualmente conducente ao terceiro).

Embora apresente algumas particularidades específicas nas ligações empregues aos assuntos abordados (e.g., «*antropologia aplicada à saúde pública e à clínica*», «*antropologia da biomedicina e das biotecnologias*», «*genética, intervenções terapêuticas e suas implicações*»), a linha geral expositiva das unidades curriculares segue, em muito – merecendo, esse facto, um realce importante –, o que já é considerado «tradicional» nessa área de saber, em particular na aporção dos estudos de Antropologia (Cultural) Médica americana, e de Antropologia (Social) Médica e de Antropologia da Doença europeus (com todas as restantes outras especialidades inerentes, como a Etnopsiquiatria por exemplo) .

Os estudos de Mestrado ou Doutoramento têm registado um incremento quase exponencial a nível mundial, tanto na vertente «sociocultural» quanto na «biocultural» da doença e da saúde. Mais dependentes de formações em Saúde (Medicina, Enfermagem, Psicologia Clínica, etc.) ou em Ciências Sociais (Antropologia Social, Sociologia, Psicologia Social, etc.), estas orientações de estudos ofertam em ciclos de ensino de referência anglo-saxónica, em concreto no segundo ciclo, dois atributos classificativos distintos («*Msc*» e «*Ma*»).

Marcando elas próprias diferentes meios de abordagem, são contudo afectadas, sobretudo, por diversos modos de pesquisa e interesses temáticos, com influência, por exemplo, nas etnografias realizadas que têm por base elementos relacionais entre cultura e saúde.

Variadas são as fontes ou documentos existentes. Muitas colectâneas ao estilo enciclopédico foram produzidas nos últimos quinze anos. Estes são provenientes dos mais variados lugares – e que, note-se, abordam eles próprios muitos outros –, a saber, entre muitos outros, a Austrália, os Estados Unidos, a França ou o Canadá (Inhorn e Brown, 1997; Ember e Ember, 2004; Benoist, 2002; Saillant e Genest, 2006).

A quantidade de artigos produzidos é ainda muito superior, havendo centenas de artigos publicados, muitos deles em revistas científicas internacionais de referência: «*American Anthropologist; American Ethnologist; American Journal of Public Health; Anthropology & Medicine; Culture, Health & Sexuality; Culture, Medicine and Psychiatry; Current Anthropology; Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine; Journal of Public Health Policy; Journal of Health & Social Behavior; International Journal of Health Services; Medical Anthropology Quarterly; Social Science & Medicine*».

Num quadro de referências marcadamente anglo-saxónico (comum, de resto, com a maioria das publicações de trabalhos em variadas áreas científicas), existem outras revistas ou lugares de publicação de França, Bélgica, ou Alemanha, por exemplo. Contudo, elas não têm uma preponderância ou visibilidade tão elevadas (muito embora, em muitos deles, e numa constatação de índole antropológica sobre o domínio de um sistema cultural à escala universal, também se permita – e nalguns casos até se solicite – a edição das informações em Língua inglesa).

A literatura específica de Antropologia Médica produzida em Portugal é reduzida face ao restante panorama internacional. Muitas vezes os textos ou trabalhos publicados não referem especificamente esse domínio de estudo. Os pesquisadores que sustentam a produção de investigação sobre ele tendem geralmente a colocar a análise ao contexto amplo da saúde (pelas razões acima expostas) ou a aplicá-la aos da Antropologia Biológica, sendo que uma parte importante das iniciativas empreendidas recaem no âmbito de uma actividade arqueológica.

No quadro de uma avaliação biocultural, procuram através dos resultados aos dados de avaliação à saúde em comunidades vivas ou nos registos físicos de indivíduos/povos antepassados determinar e compreender de que modo eles poderão estar relacionados, por exemplo, com variáveis eco-ambientais (clima, perfil do território, lugar de fixação transitória ou permanente em termos de residência/habitação, pontos de água, fauna, flora, etc.), genéticas (linhas comuns, diversidades, doenças, etc.), de alimentação (recursos disponíveis, meios e processos de subsistência, variedades, armazenamento, etc.), e estilos de vida (organização territorial, hábitos, actividades, vestuários, instrumentos, ornamentos, tatuagens, golpes ou cicatrizes visíveis na estrutura óssea ou em tecidos, locais e rituais de enterro, etc.).

Nessa medida, à luz do conhecimento actual sobre a literatura produzida a nível nacional não parece existir uma obra de fundo sobre Antropologia Médica ou um trabalho específico ao contexto português que descreva, de modo exaustivo, a «antropologia médica portuguesa».

A única obra claramente anunciada e supostamente dedicada ao assunto, com o título de “*Medicina Popular – Ensaio de Antropologia Médica*” (Fontes e Sanches, 1999), resulta num texto organizado na forma de uma breve historiografia da Medicina ocidental (incluindo referências aos modelos humorais e biomédicos), complementada por um conjunto de registos sobre «medicina» de tradição ou raiz popular (referentes, no essencial, a narrativas «terapêuticas» do nordeste transmontano), e que, de modo sintético, globalmente corresponde a uma estilística expositiva etnográfica do quadro clássico português (i.e., ao estilo «José Leite de Vasconcelos» – médico, arqueólogo e etnógrafo do fim do século XIX e início do XX).

A escassez de etnografias médicas contemporâneas são, porventura, o maior problema que se coloca à actividade de pesquisa em Portugal. Na tradição etno-antropológica realizada até meados do século XX, um número considerável de estudos africanos (i.e., do chamado «ultramar colonial português») integravam, no quadro da descrição de um grupo étnico ou de um lugar particular, secções e/ou subsecções que de modo directo ou indirecto revertiam para os campos da doença e da saúde.

Independentemente da questão do controlo político e do exagero atinente às conclusões «científicas» sobre as características ráticas de uma determinada população (ao abrigo do modelo de Antropologia Física exercido à época), poucas foram as oportunidades posteriores a esse período histórico no sentido de centrarem os estudos etnográficos nas dimensões da cultura e da doença (ou em outros objectos de «saúde», como a cura, a dor, ou ainda o cuidado ou o corpo).

Especificamente no que concerne ao recurso da etnografia como fonte principal de acesso à informação, a investigação antropológica portuguesa (Social e Cultural) nas últimas décadas situou-se num limbo procedimental quando aos objectos de estudo e aos lugares de inquirição. Antes «exótica» e africanista, depois «rural», depois ainda «exótica» sul americana ou norte africana, e ainda por último «urbana», o conhecimento sobre o «Outro» resultou num caminho muitas vezes minado numa mistura de baixo envolvimento da comunidade científica na divulgação sistemática – sublinhe-se – e carência de centralidade ou continuidade de temas concretos de estudo.

Em suma, não foi sustentada ou sedimentada uma tradição científica com suporte académico, jogando a desfavor do etnógrafo no sentido da própria desvalorização – senão mesmo, «descrédito» – associado ao trabalho de campo.

Os trabalho etnográficos actuais vivem cada vez mais de integrações metodológicas (Atkinson et al., 2000). A etnografia médica (ou «etnografia da saúde») não se afasta muito dessa constatação, em particular quando ela é motivada e exercida por investigadores das mais variadas proveniências académicas, em concreto das Ciências da Saúde.

#### **4. METODOLOGIAS DE INVESTIGAÇÃO EM ANTROPOLOGIA MÉDICA.**

##### **4.1. Abrangências e Tensões nas Estratégias de Pesquisa.**

A componente biológica está grandemente presente no tipo de racionalidade ou cultura científica dominante biomédica sobre os quais se alicerçam os conhecimentos sobre doença e saúde.

Por via de explicações funcionais e/ou fisiopatológicas, sobre ela são estabelecidas mensurações por comparações objectivas (sinais físicos, provas laboratoriais) tomando o atributo «doença» como algo de autónomo (e.g., no quadro da comunicação médica, o «fazer» do «*pathos*» na forma de uma entidade própria), sustentando quadros de avaliação para o processo de cura (sintomatologia, etiologia, diagnóstico e terapêutica) dirigidos para o sujeito individual em detrimento do meio social.

Esse exercício implica, todavia, uma certa despersonalização, na medida em que a autoridade científica e o poder formal que dela advém se confrontam aos conhecimentos leigos de vastos sectores da população sobre a doença. Parte da manifestação dessa oposição pode ser constatada no uso de uma linguagem técnica (algo «misteriosa», fechada, encriptada, ecléctica, edificada na forma de fonte de poder) estruturada em conceitos objectivos que se sobrepõem à percepção subjectiva do paciente/utente/cliente.

No quadro de um modelo de sistema oficial de saúde claramente delimitado, a Medicina moderna, dita «ocidental», enquanto Biomedicina, reporta para a caracterização institucional do ensino da medicina e do exercício prático do acto médico.

No âmbito da Antropologia, a influência desse traço cultural é por demais evidente no que se relaciona com a utilização do referente qualificativo «Médica». Muito embora a temática seja ainda a da «saúde», e mesmo que se advogue que o termo está particularmente dependente de todas as temáticas que associam os estudos antropológicos às temáticas da «doença», existe, contudo, uma clara busca de incorporação da cultura médica ocidental, da índole «oficial» (dita «séria»), nas

investigações produzidas tanto no campo das Ciências Sociais quanto no das Ciências Naturais.

Se é verdade que nas áreas de estudo da Biologia Humana ou nas de Ciências da Saúde muitos investigadores adoptaram a Antropologia Médica para a realização de investigações ou a implementação de programas de intervenção em saúde pública de âmbito local e/ou transcultural, também não é menos verdade que os Antropólogos Sociais e Culturais aproveitaram esse facto para, de algum modo, procurar estabelecer uma legitimidade científica maior ao tipo de investigação empreendida pelo peso que a expressão «médica» cultural, institucional e socialmente transporta.

Esta constatação coliga-se a outra, de não somenos importância: enquanto os antropólogos de formação tendem a estabelecer análises orientadas por um tipo de raciocínio científico que implica um processo dedutivo, privilegiando as teorias para a realização das práticas de terreno, os que são oriundos da área das Ciências da Saúde (ciências médicas, biomédicas, enfermagem, etc.) tendem a estabelecer processos de investigação de tipo indutivo, tomando a prática e a experiência de terreno (sobretudo a investigação qualitativa assente em entrevistas e/ou no trabalho etnográfico) como forma de estabelecer teses ou quadros teóricos.

Estes últimos estão sobretudo orientados para a resolução de problemas de âmbito empírico, e não tanto para recompor uma dada teoria antropológica. E, nessa medida, tendencialmente estabelecem trabalhos de campo orientados para uma estratégia de observação de âmbito *emic* (muitas vezes nas próprias áreas de trabalho) em detrimento do *etic*.

#### **4.2. Métodos de Observação. Técnicas de Levantamento e Análise de Dados.**

As iniciativas de pesquisa aplicáveis aos assuntos de Antropologia Médica são coincidentes aos seus próprio fundamentos: biológico e sociológico. A premência da análise sociocultural é evidente enquanto subdisciplina concreta da Antropologia Social e Cultural. E, nesse âmbito concreto, a vertente de análise por estudos sociais é preponderante.

A abordagem de pesquisa biocultural aplicada ao contexto da Antropologia Biológica poderá aqui ser exemplificada tendo por base uma hipotética investigação que procure observar as relações existentes entre os estilos de vida dos jovens adolescentes e os seus hábitos alimentares: a observação do comportamento da variável contextual independente «hábitos alimentares» (de índole subjectiva face à cultura de grupo, em função de gostos, modas, tendências, regras sociais, rituais diários, etc.) perante a variável dependente «peso corporal» (na forma de mensuração objectiva).

De acordo com o contexto da mesma exemplificação, a extrapolação do tema antropológico de pesquisa para o domínio da Ciência Social poderá ser empreendida do seguinte modo: compreender o estado ou a evolução da significação do peso corporal (e.g., conceito pessoal, imagem corporal, tipo ideal, norma estética, obrigação moral, desempenho funcional, etc.) num certo agrupamento social humano (e.g., português vs. francês; numa aldeia marroquina; numa comunidade vegetariana, etc.) ou, por exemplo, em termos de género, classe ou estrutura etária (no caso em apreço, a dos adolescentes).

A colocação usual do ónus de produção da maioria das investigações antropológicas para o campo dos estudos sociais e culturais arrebatada, de alguma forma, para uma referência implícita sobre a utilização de métodos e técnicas que possam ser utilizados nos momentos de levantamento das informações, análise dos dados e publicação dos resultados, em fases pré-exploratória, exploratória e de síntese (nas formas tradicionais de dissertação, tese, ou monografia, nomeadamente etnográfica).

Os estudos sociológicos produzidos tendem a ser de âmbito normativo ou descritivo. Nos estudos sociológicos descritivos em populações alargadas (estudos extensivos, ou «*surveys*») e/ou em estudos de elevada intensidade/celeridade, sobretudo em função da gestão do orçamento (i.e. espaço/tempo) possível e predeterminado, são utilizados métodos quantitativos.

Os procedimentos típicos dessa modalidade de pesquisa são empreendidos segundo um conjunto de etapas relativamente fixas: entrevistas (pré-)exploratórias abertas, entrevistas estruturadas ou semi-estruturadas, formulação de questionário, aplicação do inquérito por questionário (que pode anteceder as anteriores fases caso ele já exista e seja aferido à população em estudo), codificação dos registos e lançamento dos dados (manualmente, ou através de ferramentas informáticas como SPSS, EXCEL,

etc.), estatísticas descritivas (gráficos de frequências, histogramas, diagramas, média, moda, desvio-padrão, etc.), inferências estatísticas (estimações intervalares, distribuições e intervalos de confiança, etc.), testes (*Student*, ANOVA, *Qui-quadrado*, etc.), análise aos resultados e principais conclusões.

Em trabalhos mais demorados ou aprofundados, sobretudo de natureza grupal, com necessidade da formulação de explicações mais completas/complexas em relação ao problema colocado, em populações ou amostras populacionais sobre as quais a metodologia quantitativa é difícil ou inviável de ser directamente aplicada, ou ainda, entre outros, quando a comunicação é dificultada/limitada entre o inquiridor e o inquirido, são adoptadas estratégias qualitativas de pesquisa que podem, ou não, possuir uma componente quantitativa de análise.

Embora não seja a abordagem única (na medida em que pode estar só suportada nos dados da observação), nessa modalidade as entrevistas bem como os dados de avaliação adquiridos pelo próprio avaliador são fundamentais para a prossecução da investigação.

Tradicionalmente são três as principais formas de pesquisa qualitativa: estudos de caso («*case studies*»), pesquisa documental (sobre material não tratado, nomeadamente de âmbito audiovisual) e Etnografia. Existem algumas características que determinam a orientação de estudo pela vertente qualitativa, a saber, uma construção indutiva para o estudo de uma fenómeno, a característica descritiva da investigação, o desenvolvimento da pesquisa em ambiente «natural», os significados que os sujeitos atribuem aos objectos, a si e aos outros.

Nessa medida podem ser referidos alguns exemplos de métodos qualitativos empreendidos para a obtenção de dados: entrevista, observação participante, narrativa, história de vida, história oral. Se a recolha das informações é sobretudo sustentada através de entrevista e observação, cada um dos meios pode ser suportado por diversas técnicas específicas: técnicas de grupo ou de consenso (e.g. «*focus group*»); técnicas narrativas (e.g., descritiva, fenomenológica, biográfica, autobiográfica); técnicas de observação não estruturada (e.g., notas de campo, diário de campo).

Em relação aos materiais recolhidos, são usualmente adoptados os seguintes métodos de análise qualitativa: análise de conteúdo, análise do discurso, e análise de

teoria fundamentada («*ground theory*»). Todos eles seguem um mesmo processo-base de análise, em concreto, a redução dos dados, a apresentação dos resultados e a conclusão.

Nos períodos de codificação de variáveis qualitativas e subsequente análise determinam-se as unidades de contexto e as unidades de registo por forma a estabelecer a construção das categorias. Os dados tratados em bruto e subsequentemente processados são apresentados através de quadros expositivos ou tratados estatisticamente (e.g. *Análise de Correspondências Múltiplas – ACM*, em SPSS) para determinação das variáveis e categorias, e comparação das respectivas dimensões extraídas.

### **4.3. Métodos e Técnicas de Investigação Etnográfica.**

#### **4.3.1. Elementos metodológicos básicos do trabalho etnográfico.**

Uma das principais referências da metodologia qualitativa é a Etnografia. Se é correcto sustentar (Atkinson et al., 2000) que o método pode integrar diversos «estilos» nas incidências de observação (e.g., «*Escola de Chicago*» vs. «*Escola de Palo Alto*») ou exercer variados níveis de análise (e.g, narrativa, fenomenologia, «*grounded theory*», etnomedologia, interaccionismo simbólico), também é adequado admitir que, perante as características intrínsecas do fenómeno social em estudo, poderá ser necessário adoptar múltiplas estratégias de acesso, análise e interpretação das informações (De Laine, 1997; May, 2002; Morse, 1994).

Em quaisquer momentos da investigação etnográfica podem ser incorporados procedimentos complementares de ordem qualitativa e/ou adoptadas acções de âmbito quantitativo. Estas poderão, por exemplo, incidir sobre variáveis psicométricas ou sociométricas, sendo para tal usados testes e escalas de atitude.

Muito embora não seja tarefa essencial da análise etnográfica, as informações obtidas no quadro do levantamento de dados também poderão ser tratadas segundo procedimentos de tradução de mensurabilidade matemática dos fenómenos (i.e.,

estatística) de acordo com os dados obtidos da realidade observada, existindo para o efeito, para além das técnicas já referidas, propostas específicas em suporte informático (e.g. NUDIST, ETHNOGRAPH).

Mais de cem anos decorreram desde a utilização da Etnografia em Antropologia Social e Cultural no formato que hoje é reconhecido: o do trabalho de campo. Foi assim possível estabilizar, de algum modo, os pressupostos teóricos, metodológicos e técnicos que estão associados a este tipo de investigação.

Segundo Atkinson e Hammersley (1994), o trabalho etnográfico centraliza a sua investigação sobre a natureza de determinados fenómenos sociais em detrimento da testagem das hipóteses sobre o mesmo. Esta abordagem permite depreender que o exercício epistemológico teórico privilegiado é indutivo (o da eventual construção de teorias a partir dos dados de observação) e não dedutivo (o testar uma teoria num certo contexto particular de observação).

Nessa medida, no quadro da Observação, e porque o material empírico tende a ser alcançado através de dados não estruturados, as técnicas de observação utilizadas serão sobretudo ligadas à observação não estruturada (com notas de campo e diário de campo) em prejuízo da observação estruturada (dita «sistémica»). Esta tende, por exemplo, a utilizar entrevistas estruturadas, com guiões formados por um grupo específico de respostas sobre categorias predefinidas. Por sua vez, a observação não estruturada poderá permitir o acesso a parte das informações necessárias através de técnicas de entrevista não estruturada ou semi-estruturada, com guiões com questões abertas ou perguntas semi-dirigidas.

Nessa medida, o exercício etnográfico é tendencialmente de natureza «não estruturada». Seja no primeiro momento observação (que, usualmente, não implica interacção), no momento subsequente de contacto directo, ou no de interpretação e conclusão, a estratégia privilegiada de levantamento de informações é a da obtenção elementos sem recurso a categorias analíticas pré-determinadas sob dados codificados.

O contacto directo e a interacção são fontes inestimáveis para a pesquisa etnográfica. A pesquisa no terreno empreendida («*fieldwork*»), ou trabalho de campo) no quadro de uma observação participante permite aceder aos fenómenos sociais, muito embora de acordo com duas orientações distintas em termos de tradução:

A) *emic* – o investigador constrói a etnografia seguindo as palavras, explicações e significações (i.e. os critérios de significância) expostas pelo sujeito observado ou inquirido (dito «nativo»), isto é, a partir «de dentro», fazendo com que o etnógrafo estabeleça uma narrativa com o(s) elemento(s) da interacção.

B) *etic* (enquanto categoria particular, um conceito por vezes traduzido, de modo inadequado, por «ética») – o pesquisador assume um procedimento de leitura externa da realidade observada, ou seja «de fora», tomando nota das acções e dos pensamentos da unidade observada, realizando como resultado uma narrativa (ou um discurso) sobre o(s) sujeitos(s) indagados bem como sobre os restantes contextos a que estão associados (meio ambiente, etc.); a ênfase está no observador, e não nas explicações, categorias, ou nos critérios de significância dos observados.

Os procedimentos de execução do trabalho etnográfico possuem particularidades próprias (e.g., possibilidade de utilização da primeira pessoa do singular nos relatórios finais, mesmo no quadro de mestrado ou doutoramento), em particular no que respeita certos pólos de análise. Alguns assumem uma orientação analítica que procura abranger a totalidade ou um fenómeno único, outros direccionados para o individual ou para o colectivo, outros ainda interessados em estabelecer comparativamente em termos de *ethos* comunitário o que é diverso ou comum.

Seja «holista *Vs.* relativo», «microscópica *Vs.* macroscópica», ou ainda «particular *Vs.* universal», o resultado do empreendimento etnográfico procura ser sempre o mesmo: compreender e/ou explicar o «Outro». E isto, de forma a estabelecerem-se explicações antropológicas sobre «o que é o Homem» de acordo com a sua multiplicidade ou unidade, ou seja, sobre o que é nele «diferente» ou «igual».

Para proceder a esse levantamento de informações, em concreto de âmbito social e cultural, é tão concludente (Atkinson et al., 2000) aceder a história de vida de um único sujeito como realizar entrevistas numa pequena comunidade, ou mesmo proceder a um trabalho de campo através de registos audiovisuais numa grande cidade metropolitana.

A actividade do etnógrafo deve ser a de descrever o que os sujeitos dizem, o que fazem e como o fazem. Para aceder a uma cultura ou subcultura (Spradley, 1980), os

etnógrafos devem procurar centrar as suas atenções nas mensagens orais e escritas ou simbólicas (recordando-se que muitas delas poderão ser «sabidas» mas, por força do hábito, não forçosamente expressas ou mencionadas por parte dos elementos que compõem uma certa unidade sociocultural), o comportamento ou a conduta social empreendidos no quadro de um sistema cultural particular, e o que é realizado em termos materiais (a saber, os vestuários, os adornos e as indumentárias, os utensílios, etc.).

O etnógrafo, que poderá não ser antropólogo de formação, tem como tarefa procurar compreender e/ou explicar uma determinada cultura ou uma certa sociedade, sobretudo as que lhe são cultural e/ou geograficamente mais distantes, inacessíveis, marginais, ou, simplesmente, desconhecidas.

No quadro de uma dicotomia sempre existente entre o papel de «estrangeiro» e de «membro efectivo» – que, de resto, pela característica de «identificação» ou «identidade» adstrita, pode levar a problemas de distanciamento face ao objecto de estudo –, o pesquisador deve procurar imergir na cultura estudada por forma a dominar os múltiplas vertentes de um certo fenómeno social.

Sob os pressupostos de comparação etnológica ou síntese antropológica, a obtenção do material etnográfico – nomeadamente através do informante (sujeito de inquirição, ou *ego* na terminologia da antropologia social do parentesco para indagação das redes sociais) – deve estar orientada para um ou mais níveis de interesse:

- A) Em relação à explicação e compreensão do comportamento em grupos sociais humanos com realidades distintas ou semelhantes às conhecidas.
- B) Face às diferenças e similitudes registadas em culturas (ou subculturas) e/ou organizações sociais (ou subgrupos de culturas) que incorporam uma certa maneira de pensar e um determinado modo de agir traduzíveis em significados particulares;
- C) Para a exploração, nas formas de descrição e explicação, das vivências e cosmogonias ou cosmovisões bem como os fundamentos teóricos que lhes estão associados a nível individual, em pequenas comunidades e/ou em grupos sociais de maior amplitude demográfica.

#### **4.3.2. Etnografia e «etnografia da saúde».**

De modo comparado, ou não, os materiais obtidos sobre um ou mais níveis de análise permitem ao investigador explorar múltiplos assuntos antropológicos ou antropossociológicos: (1) facultam o acesso aos costumes, hábitos, valores, regras, normas, condutas, materiais, utensílios, instrumentos, linguagens; (2) permitem uma contextualização desses dados ao ecossistema ou ao meio ambiente existente (ou imaginado); (3) também facilitam a integração de todos estes elementos à cosmovisão dominante e ao modo como eles são plasmados em objectos e significações sócio-simbólicas.

Podendo todas estas componentes ser expressas na forma de significados pessoais e sociais, uma das atitudes de pesquisa a ser empreendida é a que liga a investigação ao seguinte tema de estudo: como é que os grupos sociais humanos lidam com as situações de doença e saúde.

A estrutura subjacente à colheita de dados (Atkinson e Hammersley, 1994) requer o exercício da observação participante, o estabelecimento de entrevistas exploratórias não estruturadas, a formalização subsequente de entrevistas etnográficas semi-estruturadas e ou semi-dirigidas, o desenvolvimento simultâneo de uma estratégia de observação não estruturada (com notas e diário de campo), bem como a registo e/ou recolha e subsequente análise aos artefactos e documentos existentes (do passado e do presente).

Procurar explicar o Homem pela via da Antropologia abalança quase obrigatoriamente para o campo da Etnografia, ou pelo menos para uma modalidade de investigação qualitativa correspondente ao trabalho etnográfico. Como já foi anteriormente abordado, nada impede que paralelamente a uma dada iniciativa etnográfica não sejam utilizados ou aplicados variados outros meios de pesquisa; a mesma relação decorre em outras Ciências Sociais ou mesmo em disciplinas como Medicina ou Enfermagem, por exemplo.

Neste último caso, a utilização das ferramentas etnográficas não tornam o trabalho, em si, «antropológico», nem configuram a actividade dos seus autores como a de «antropólogos». Para tal, a formação específica em Antropologia é necessária (ao nível da graduação ou, pelo menos, da pós-graduação).

Um silogismo símile também pode ser exercido no sentido do antropólogo que, utilizando técnica de investigação etnográfica em contexto clínico, não poder daí aferir ser um «antropólogo médico» ou um «antropólogo clínico» (aqui no sentido do exercício de Antropologia aplicada). Poderá ser, quanto muito, um antropólogo social e cultural interessado ou especializado no tema da «medicina» e/ou da «doença» («doença e cura», etc.).

Independentemente de o investigador reunir, ou não, ambas as formações técnicas associadas às Ciências Sociais e Ciências da Saúde (e.g., Antropologia e Medicina, ou Psiquiatria, Psicologia, Enfermagem, etc.), a base de quaisquer observações sobre o tema da doença em saúde estará centrada num eixo de análise «cultural» (ou «sociocultural») e/ou «biocultural», aplicada, por exemplo:

- A) Ao estudo do «combate» empreendido por curandeiros às «maldições» (sob a forma de doenças manifestadas) num certo grupo através de actos de «encantamento» e «purificação» ou evocação de espíritos ancestrais («viagens» ao «mundo dos sonhos», transes e contactos espirituais).
- B) Às técnicas de diagnóstico e de adivinhação empregues sobre um sujeito face à origem do «mal» («energia má», «encosto», «espírito» ou «alma» «desencarnados», «espírito» de um «animal» / «familiar» / «inimigo» morto) e combatidos através infusões, consumos de minerais, dietas alimentares, bálsamos, unguentos, manipulação por «passes» físicos ou contactos por «canais» espirituais (sinais efectuados, símbolos e invocações).
- C) À descrição dos rituais nas interacções entre médico/paciente decorrentes do contacto em clínica geral, em contexto de internamento psiquiátrico, consulta de planeamento familiar, ou à avaliação das interacções entre médico/familiars do paciente em situação de limitação física efectiva no âmbito de cuidados continuados ou cuidados paliativos.
- D) À elucidação dos múltiplos processos envolvidos na reintegração social dos sujeitos com situação de diminuição ou perda de autonomia física funcional (acidente vascular cerebral – AVC, traumatismo craniano grave), ou com ferimentos e deformações em indivíduos queimados ou mastectomizados.

- E) À determinação, através de estudos transversais (em populações delimitadas, ou em contextos laboratoriais e quase-laboratoriais), dos resultados do consumo regular da alimentação mediterrânea nos níveis de colesterol, índices de massa gorda, incidências de AVC, diabetes tipo II, esperanças de vida, surgimentos e progressões de neoplasias.
- F) À observação, em estudos longitudinais, dos resultados provenientes da relação entre hábitos de consumo de meios de comunicação e lazer (televisão, jogos de vídeo, computador, internet) nos índices individuais e globais de saúde.

Um mesmo assunto poderá ser observado sob uma vertente cultural e biocultural. Tomando o exemplo das calorias obtidas pelo consumo de alimentos, o assunto poderá ser abordado, sob o tema do consumo calórico (hipo, médio/normal, e hiper) em contexto de:

- A) Manutenção da condição física ou da gestão imagem por exercício físico (institucionalizada ou não).
- B) Condição de perturbação ou disfunção alimentar ao nível anorexia ou bulimia (auto-imagem, pressão social, socialização).
- C) Política económica de alguns estados e organizações face às discrepâncias na distribuição dos recursos alimentares (escassez de fontes alimentares nos mercados, desvio de contribuições internacionais, nepotismo e desigualdades sociais).
- D) Sedentarismo prevalente nas sociedades modernas de consumo, particularmente entre as populações jovens, e a relação com o surgimento de novas patologias de ordem física e psíquica (obesidade, isolamento social).

Na realidade, a adopção do exercício etnográfico como meio de conhecimento por parte de especialistas em saúde, mesmo na qualidade de «médicos antropólogos» ou «antropólogos médicos», raramente se insere numa estratégia de comparação de âmbito etnológico ou num enquadramento teórico de índole antropológica. Ela serve, sobretudo, para a efectivação de algo mais simples: a resolução de problemas (re)correntes e/ou prementes.

E, nessa perspectiva, é o orçamento «qualitativo» – muitas vezes diminuto ou insuficiente – referente ao tipo de estudo em profundidade nas experiências de terreno que leva à utilização alternativa de metodologias quantitativas ou mistas, de preferência nos próprios locais de trabalho (sendo confundidos, muitas vezes, as abordagens *emic / etic* e os respectivos papéis nas investigações de terreno), em estratégias intensivas por curtos períodos de tempo.

Muitas dessas iniciativas integram-se no que Helman (2003, p. 344) designa por “procedimentos de avaliação rápida” (*«rapid assessments procedures»* – RAP), realçando nela as vertentes aplicadas de “avaliação etnográfica rápida, o estudo etnográfico focalizado, a avaliação epidemiológica rápida e a apreciação rural rápida”.

Ainda segundo a apreciação do mesmo autor (Helman, 2003), os procedimentos e âmbitos de recolha do material para a realização de estudos focados nas relações entre «cultura», «saúde» e «doença» em Antropologia Médica poderão assumir orientações diversas, na sua maioria de âmbito qualitativo, como, por exemplo: análise de material escrito ou visual, fitas de áudio e fotografias, genealogias e genogramas, análise das redes sociais, técnicas de projecção, etnografias de instituições médicas, etnografias de curandeiros (populares, tradicionais ou «alternativos»), e folclore médico.

Independentemente da incidência e do grau de intensidade da investigação produzida, a observação descritiva da «cultura» inscreve-se, de modo intrínseco, em múltiplos objectos de estudo no quadro de uma investigação antropológica. Poderia, contudo, não o ser; bastará recordar, em especial, a importância do tema da «cultura organizacional» ou do «clima organizacional» em Psicologia das Organizações, ou da abordagem etnometodológica às inter-relações de base sociocultural em Psicologia Social.

Ao admitir a premência da Antropologia sobre os estudos culturais, também inequivocamente se aceita a incumbência da actividade etnográfica para o seu próprio desenvolvimento teórico. Contudo, e perante as características inerentes à(s) técnica(s) de investigação etnográfica, aparenta ser laboriosa a tarefa de fixar os procedimentos fundamentais para a sua realização, em concreto para os temas da «doença» e da «saúde».

#### **4.3.3. Abordagens práticas sobre o exercício etnográfico.**

Como observa Michael Bloor no seu artigo «*The Ethnography of Health and Medicine*» (2000), as etapas e tarefas constantes nos inúmeros trabalhos práticos realizados não são todos consentâneos com uma mesma forma de execução – ou, pelo menos, símile no terreno, na análise, ou mesmo na publicação dos resultados.

Tomando em consideração algumas anotações produzidas pelo autor, e aliando-as à súmula dos enunciados presentes em obras reconhecidas nos últimos trinta anos (e.g. Atkinson e Hammersley, 1994; Morse, 1994; Spradley, 1980) sobre a listagem dos procedimentos admitidos para a realização de um trabalho etnográfico, é possível sustentar um conjunto de procedimentos e conteúdos alicerçados a um projecto etnográfico:

- A) Realizar *observação participante* – como elemento de partida, estabelecer questões amplas e abrangentes sobre a unidade cultural observada de modo a estabelecer o máximo de observações descritivas.
- B) Entrar na *situação social* – cada observação descritiva permite a focalização numa determinada *situação social*, e esta servirá de suporte a uma selecção das entrevistas.
- C) Proceder ao *registo etnográfico* – após a efectuação dos contactos e das observações é necessário documentar as experiências através do relato etnográfico, utilizando para tal duas modalidades de observação de campo (i.e., não estruturante) a partir dos registos, entre outros, de objectos, acções, conversas, pensamentos, sentimentos, ou emoções.
  - a. *Notas de campo* – manuscritas, ou registadas em computador, ou ainda por meios audiovisuais; dará subseqüentemente lugar a textos mais elaborados ao nível do relatório de campo, com a colocação temas e subtemas face ao assunto em análise segundo as categorizações entretanto estabelecidas.
  - b. *Diário de campo* – são nele incluídos todos as experiências ressentidas ao nível dos acontecimentos significativos por parte do observador e/ou nos termos dos sujeitos observados, como as situações e movimentos dos actores envolvidos, as redes sociais

manifestas ou subentendidas, os sentimentos expressos, os níveis e as modalidades de circulação das informações, os «segredos» desvendados, os receios adquiridos, os tempos empreendidos, os locais visitados ou desejados, os diagramas e esquemas sobre as áreas geográficas ou territórios em estudo. Na medida em que está associado a um «balanço» pessoal, admite um nível de análise de natureza mais introspectiva.

- D) Estabelecer *observações descritivas* – proceder, de modo sistemático e organizado, a uma descrição formal/factual sobre todos os elementos que compõem uma dada *situação social*.
- a. Uma *situação social* corresponde a um conjunto definido e repetido de actividades e comportamentos empreendidos por parte dos sujeitos (actores) existentes num dado lugar (contexto).
  - b. Focalização nos actores, nas actividades produzidas, e nos sentimentos manifestos.
  - c. Definição dos contextos de observação segundo as determinações *emic/etic*, a saber, espaço, tempo, ambiente, sentidos apreendidos (temperatura, cheiro, sabor, conforto, arrepio, etc.), acontecimentos ocorridos, actos realizados, materiais e artefactos exibidos, fontes documentais e não-documentais alcançadas/utilizadas, metas ou objectivos a atingir.
- E) Empreender uma *colheita de dados* – após o desenvolvimento das actividades iniciais exploratórias, e a conseqüente análise aos dados obtidos, com a maior acuidade advinda determinam-se os grupos sociais que serão alvo de uma atenção posterior mais intensa.
- a. Focalização exercida sobre uma certa *situação social*.
  - b. Descoberta dos *significados culturais* decorrentes dos principais padrões verificáveis nos dados de observação sobre actores, acções, objectos, tempos, lugares, ou pensamentos.

- c. *Análise de domínio*, mediante a determinação das principais *categorias de domínio* e *subcategorias de domínio* depreendidas dos *significados culturais*.
  - d. A súpula dessas tendências ou orientações nas observações empreendidas conduzem ao estabelecimento da *cena cultural* («*cultural scene*») em termos de descrição etnográfica. Mais tarde, perante uma maior fixação dos seus padrões dominantes, poderão levar à definição antropológica *da / de Cultura*.
- F) Determinar *observações focalizadas* – perante os resultados alcançados na etapa anterior no que diz respeito a uma orientação mais precisa do sentido da investigação, estabelecem-se outros procedimentos subsequentes com o intuito de se promover uma mais precisa focalização.
- a. Proceder a renovadas observações de campo sobre a(s) *categoria(s) de domínio*; nova obtenção de materiais (entrevistas, filme, fotografia, áudio, etc.).
  - b. Exploração dos temas e subtemas existentes sobre um assunto delimitado.
  - c. Produzir qualificações e classificações de acordo com as novas *categorias* da *análise de domínio* advindas.
  - d. Estabelecer as principais semelhanças e dissemelhanças registadas entre as *categorias de domínio* extraídas, de modo a descobrir as diferentes *dimensões categoriais* e/ou as diversas amplitudes das *unidades de contraste* dominantes
- G) Performar uma *análise de componentes* – estabelecimento de descrições organizadas e sistemáticas às determinantes componenciais que enformam os discursos e as narrativas.
- a. Apreender as múltiplas dimensões dos significados sócio-simbólicos expressos pelos actores através do suporte oral (i.e, a Língua natural, com eventual fixação sob a forma escrita ou organização gestual) ou mediatizado em múltiplos suportes de comunicação (linguagens

- oficiais, marginais ou restritas, referências gráficas manuscritas, artísticas ou estéticas, mágicas ou rituais, etc.)
- b. Sobre o que os actores dizem, em ordem ao que são, pensam, fazem, ou representam; os actos de comunicação empreendidos dependem de códigos ou signos que incluem significado e significante.
  - c. Aceder ao significante – enquanto parte «externa» de maior acessibilidade para efeito de registo (e.g., pronúncia, expressão, verbalização, forma, etc.) e ao significado – a atribuição de um sentido, na maioria das vezes simbolicamente constituído (i.e. «isto quer dizer», «em substituição de», «pode ser traduzido como», «é igual a», «significa», etc.).
  - d. Os actos de comunicação estão imbuídos de *unidades de significado*. É a análise focalizada nestes dados que permite a descoberta de um determinado *atributo cultural*.
  - e. Não é só a Língua que é passível de uma análise de dados. As diversas linguagens possuem múltiplos *atributos culturais*, como uma cor um tipo de vestuário em certos contextos, por exemplo.
  - f. A determinação dos atributos conduz à explicitação das principais *categorias culturais* observáveis partir dos registos pessoais e do que os informantes dizem sobre o que nomeiam, pensam ou fazem, e porque o fazem, de modo padronizado (no dia-a-dia) ou a título extraordinário (cerimónias, festas, lutos, nascimentos, casamentos, etc.).
- H) Encetar o *inventário cultural* – organização e sistematização das informações obtidas na forma de relatório provisório.
- a. Os *registos etnográficos*, através das notas de campo e do diário de campo bem como das *observações descritivas* ligados à composição de uma certa *situação social*.
  - b. A exposição fundamentada da *cena cultural*, através da avaliação e reavaliação alcançadas nos períodos de colheita e análise de dados

das principais *categorias de domínio* e *subcategorias* verificados ao nível dos *significados culturais*.

- c. A descrição das *categorias culturais*, de acordo com os padrões encontrados na *análise componencial*, pela via da extracção dos *atributos culturais* junto das *unidades de significado* existentes.
- d. O conjunto dos dados alcançados permite a identificação dos principais *domínios culturais* (notas, cenas, padrões, etc.). Sobre eles destacam-se os temas encontrados (e.g., política, religião, economia, parentesco, arte, alimentação, corpo, saúde, ecossistema, etc.) e dividem-se os diversos assuntos decorrentes em categorias de subtemas (e.g., partos, tatuagens corporais, mitos ancestrais, ritos religiosos, significações sobre a saúde e doença, plantas medicinais, substâncias psicotrópicas e estados alterados de consciência, etc.), com a integração de exemplos contextualizantes dos elementos apresentados.

I) Redigir a *Etnografia* – a exposição dos resultados alcançados poderá obedecer a um modelo de «Relatório Etnográfico» ou de «Monografia». Sendo os constituintes formais muito diversos, é necessário, todavia, colocar em presença três momentos de escrita.

- a. Apresentação genérica do assunto ou tema de pesquisa, local do trabalho de campo (local permanente, habitação transitória, etc.), tempo total empreendido (horas; dias; meses; anos), descrição dos actores principais envolvidos (grupos, subgrupos, etnias, entrevistados, informantes, *ego*, etc.), materiais utilizados (para as notas e diário de campo, os registos audiovisuais, etc.), enunciação dos aspectos negativos (do trabalho de campo e da própria fase da escrita, da gestão do orçamento em termos de espaço e tempo, da análise e transposição de dados, medidas de alteração ou revisão no futuro, etc.), e exposição dos elementos positivos (os de maior realce, em função da pesquisa empreendida e dos motivos pessoais associados aos seu desenvolvimento).

- b. Desenvolvimento do assunto na forma de exposição dos temas significativos e subtemas de análise, com reflexões referências baseadas na notas e no diário de campo, citações dos actores envolvidos, exemplos contextualizantes dos argumentos ou objectos explorados. A organização da narrativa poderá ser cronológica, espacial, conceptual, ou segundo o tipo de colaboração emprestada pelos actores (até atingir o grau de «saturação» qualitativa, em especial nos trabalhos de Antropologia Social). Envolvendo, ou não, uma abstracção interpretativa sobre os resultados alcançados, o objectivo final é de apresentar uma «verdade» ou um «olhar» sobre uma cultura, de acordo com os factos e fenómenos observados/registados.
- c. Colocação dos elementos complementares de análise, como as cópias das notas e do diário de campo, o exemplar (preenchido ou não) da grelha de entrevista, as transcrições (em suporte escrito ou digital) das respostas fornecidas, a inventariação aos objectos e documentos recolhidos, os mapas detalhados sobre o lugar, as reproduções escritas e/ou visuais de narrativas históricas sobre a fundação e o desenvolvimento histórico do mesmo, os desenhos e outros debuxos, as reproduções das fotografias (em papel ou em formato digital) e dos registos audiovisuais colhidos (em suporte físico à parte, na eventualidade do mesmo estar em formato digital).

O documento final retrata uma «Verdade». Contudo, ela integra níveis de parcialidade que podem afectar o seu sentido (Clifford e Marcus, 1986). Não se colocando a discussão no presente da tradicional dicotomia procedimental «subjectividade» / «objectividade», quanto mais profunda é a imersão cultural, mais demorada a presença do investigador numa cultura ou num meio social, maior é a probabilidade de ele captar o «texto» e o «subtexto» envolvidos nas intervenções dos actores bem como nas avaliações ao desempenho de papéis no âmbito da teatralidade subjacente ao palco escolhido.

Estas notas prestam-se à colocação de alguns cuidados fundamentais a ter em conta sobre as iniciativas empreendidas quanto às interpretações anteriormente aludidas na fase de desenvolvimento.

Em primeiro lugar, um cuidado especial deve ser tomado quanto à adopção de múltiplas metodologias de investigação (Atkinson et al., 2000). Um exemplo concreto será o de aludir a um exercício de Etnometodologia (i.e., em Psicologia Social, tendo em linha de consideração os sentidos que os actores sociais atribuem à sua própria prática social) face à diferença clara na profundidade de análise inerente à entrevista etnográfica. Aqui a referência «Etno» não é unicamente exclusiva ou representativa da reflexão antropológica.

Em segundo lugar, a tomada da *teoria crítica* no trabalho etnográfico (Morse, 1994) poderá servir para alargar e imprimir um estilo diferente no plano da subsequente intervenção teórica e sociológica, podendo-se estabelecer, por exemplo, considerações sobre os climas socioeconómicos e/ou político-sociais perscrutados nas observações efectuadas.

- A) Este posicionamento de *etnografia crítica* poderá confrontar que tomadas de posição de ordem filosófica (e.g. Direitos Humanos, moralidade internacional, etc.) ou sociológica (globalização, sociedade internacional, etc.). Estas, de algum modo, e segundo a rede ideológica do próprio etnógrafo, podem conflitar com os dados intrínsecos recolhidos no terreno.
- B) Esta é razão pela qual é aconselhável uma «declaração de interesse» na definição do tema ou no desenvolvimento expositivo (e.g. “*estudo sobre ... no âmbito do sistema mundial*”, “*abordagem ao ... no quadro da antropologia crítica*”).

Por último, os problemas que se colocam aos limites da comparabilidade (e.g. Atkinson e Hammersley, 1994; Morse, 1994; Rubel e Rosman, 2003; Spradley, 1980). Esta limitação percorre duas linhas de importância fundamental, por vezes interligadas entre si:

- A) Sobretudo decorrente de uma tentativa de explicação total e globalizante sobre um dado fenómeno humano, os limites da comparação ou «tradução»

entre culturas, em especial no âmbito de trabalhos interculturais, demonstráveis com os exemplos abaixo descritos.

- a. Um questionário de âmbito psicométrico poderá não estar traduzido e aferido à população observada. Desde logo, coloca o problema de poder não ser «traduzível» à realidade observada (e.g., a diferença ideológica entre o significado de «morte» na cultura cristã do Ocidente e o «*samsara*» hindú no subcontinente indiano), logo também não ser passível de aplicabilidade directa.
  - b. A tentativa de comparar sentimentos sobre o uso de tecnologia informática em grupos que, muito embora tenham múltiplos tecnologias e variados utensílios próprios, nunca acederam à mesma ou mostraram qualquer interesse sobre a sua adopção.
- B) Os limites da interpretação dos fenómenos sociais à luz da orientação académica dominante ou primordial.
- a. Ao invés de adaptar a técnica etnográfica para resolver uma problemática de ordem teórica ou prática em Psicologia, alguém formado nessa área científica poderá, por exemplo, procurar «psicologizar» as considerações emanadas pelos actores, potenciando assim eventuais enfiamentos às interpretações formuladas. Com efeito, esta poderá não ser a estratégia técnica adequada para fornecer esse tipo de resposta (note-se que este assunto específico liga-se ao ponto anterior, sobre os limites à própria intervenção).
  - b. No caso, e mais uma vez como exemplo, em vez de tomar em consideração a procura de respostas sobre certos factos e fenómenos de natureza social e cultural no contexto da definição do Homem, o etnógrafo tenderia antes situar a discussão/investigação no campo da Psicologia Intercultural ou Transcultural.

Estes problemas colocam-se ao antropólogo de formação, ao profissional de saúde (Médico, Médico Psiquiatra, Psicólogo Clínico, Enfermeira, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, etc.) ou a quaisquer outros investigadores que procuram, através da Etnografia, a adopção de uma estratégia qualitativa específica para melhor

conhecer uma realidade ou resolver um dado problema (sobre um tema, uma teoria, um conceito, etc.).

Por parte dos antropólogos médicos (i.e., os investigadores que reúnem, concretamente, as duas formações) existe, segundo McElroy (1996), uma tendência para a aplicação de técnicas de registo e de documentação céleres de modo a suprir as necessidades de saúde comunitária, sobretudo no quadro de trabalho de campo com particular incidência em epidemiologia e saúde pública (nacional e, particularmente, internacional). Nessa medida, frequentemente integram a abordagem quantitativa (sobretudo, estatística e bioestatística) à qualitativa (em especial, etnográfica).

Abordando o sistema médico da Etnomedicina, a mesma autora (McElroy, 1996) sintetiza quais são algumas das incidências temáticas que podem sustentar os elementos de uma pesquisa básica em etnografia da saúde:

- A) Os exames aos conhecimentos, às crenças e aos valores sobre a doença num certo grupo social humano.
- B) Os papéis sociais exercidos pelos técnicos e clientes, descrevem e analisam as acções (comportamentos, razões dos actos e consequências advindas) e expressões (discursos, narrativas, pensamentos) dos curadores/curandeiros, pacientes e seus familiares.
- C) As esferas sócio-simbólicas e interpessoais resultantes da experiência da doença (estar doente, ser doente, ser reconhecido publicamente como tal).
- D) As decisões ou directivas implementadas pelos peritos, bem como as suas técnicas (terapêuticas, ou não) e farmacopeias (pessoais, ou prescritas).
- E) As determinantes – bem como as potenciais consequências – político-económicas, éticas e legais subjacentes ou decorrentes das práticas ou dos exercícios de saúde.

Os assuntos, temas e subtemas produzidos na investigação etnográfica médica são tão diversos quanto a amplitude de lugares de proveniência, orientações académicas e objectivos concretos dos pesquisadores que os exploram.

Dentro dessa diversidade, e só com exemplificação, podem debruçar-se sobre o xamanismo na América do Sul e o transplante de órgão nos Estados Unidos (Joralemon,

1999), a pressão arterial entre os habitantes das ilhas Samoa (Janes, Stall e Gillford, 1986), os usos sociais da medicina em contexto de acção clínica (Whyte, Geest, e Hardon, 2003), a avaliação ao modo como é abordado na sociedade americana o herpes genital / «*herpes simplex virus*» – HSV2/1 (Brown e Barrett, 2009), o uso de substâncias naturais e químicas psicotrópicas no quadro da economia política de saúde pública na América latina (Baer, Singer, Susser, 2003), ou o acompanhamento de doentes com manifestação patológica clínica de arteriosclerose (Lock, Young, e Cambrosio, 2000).

Todas estas abordagens exemplificativas não só incluem um elevado nível de especialidade, mas, também, de transversalidade temática. Os estudos etnográficos produzidos sobre os assuntos de «doença» e «cura» usualmente envolvem uma grande complexidade pela ampla multiplicidade de incidências possíveis de serem operados sobre eles (Strathern e Stewart, 1999), bem como das dificuldades e restrições apostas na execução prática das inquirições (Littlewood, 2007). Uma mesma abordagem ao tema pode percorrer, por exemplo, desde as relações sociais na gestão da terapia até as cosmovisões e práticas na medicina tibetana (Nichter e Lock, 2002).

Muitas destas iniciativas de terreno já não são desenvolvidos unicamente no contexto estritamente académico. Muitos profissionais das áreas da Antropologia e/ou de Saúde que trabalham, entre outros, no terreno da saúde pública (acolhimento, divulgação, planificação, prevenção, intervenção, etc.) optam pela utilização de uma abordagem etnográfica de curta duração (e.g., *avaliação etnográfica rápida*, *estudo etnográfico focalizado*, *avaliação epidemiológica rápida*). Neste sentido, muitas vezes a Etnografia está ao serviço da Biomedicina, adquirindo assim um valor eminentemente instrumental.

Quando essa estratégia particular ocorre, muitas vezes colocam-se problemas de natureza ética, em particular ao nível do consentimento informado. Não estando o ónus do problema ou conflito ético só presente nesta modalidade de investigação etnográfica – uma vez que ela também ocorre em projectos de investigação em que o etnógrafo necessita de obter informações sem o conhecimento do(s) seu(s) interlocutor(es) –, essa forma de limitação é de certo modo atenuada ou remediada quando o investigador assume uma posição de total integração ou de clara identificação

junto do grupo estudado, levando tendencialmente a um nível de maior comprometimento responsável (e.g., sobre os «segredos» de uma cerimónia, ou de localização efectiva de um lugar sagrado, etc.).

No enquadramento comparativo aos modelos teóricos da Antropologia Médica, McElroy (1996) assinala que a diferença entre a pesquisa teórica e a investigação aplicada recai na eventualidade do antropólogo, no quadro das suas intervenções de Antropologia médica aplicada, se tornar, de certo modo, um «advogado» enquanto representante de um determinado grupo.

Através de uma abordagem *clássica, idealística, interpretativa, ou crítica*, e mesmo quando a Etnografia é utilizada como valor instrumental ao serviço de uma qualquer política de saúde, a experiência de campo ou o contacto no terreno é algo que constitui quase sempre uma experiência pessoal enriquecedora, tanto para quem ausculta como para quem é auscultado. Em última instância, para os envolvidos corresponde à valorização e ao reconhecimento daquilo que é seu, ou seja, do seu próprio património material e imaterial.

Dando muitas vezes azo a uma experiência-limite, única e raramente repetível na vida pessoal no pesquisador, a Etnografia quase sempre marca, de modo positivo e indelével, quem por ela na prática transcorre. Tudo isso, através de uma simples premissa de acção: a de observar o «Outro», ou colocado de outra forma, «ver», «escutar», «descrever», «compreender» e «explicar».

## **CONCLUSÃO.**

O estabelecimento de uma síntese conclusiva sobre o todo produzido é, quase sempre, redutor no que concerne ao conjunto dos assuntos explorados.

Na parte de «introdução» foi referido que os temas de doença e saúde são, porventura, um dos principais motivos de atenção e interesse no quotidiano humano. O modo como são encarados é, todavia, dependente de uma certa produção cultural existente num dado lugar e num certo período temporal.

Sem estratégias naturais de defesa, e comparativamente fraco em relação às outras espécies, no âmbito de uma adaptação evolutiva ao meio envolvente o Ser humano sobreviveu graças, entre outros, ao desenvolvimento da sua acuidade mental bem como à plasticidade ambiental dela decorrente face às contingências existentes.

Ao longo do devir humano, sobretudo a partir do Homem Moderno, as capacidades de organização social e de vida em sociedade, bem como de produção ou reprodução de dados culturais inseridos em contextos sociais, foram determinantes para o êxito evolutivo.

A experiência individual e colectiva sustentada na observação e troca de conhecimentos, na aprendizagem e na educação, na valorização da maturidade como vantagem competitiva, nos conhecimentos acumulados sobre o meio ambiente, foram fundamentais para que o Homem pudesse, em certa medida, controlar o enorme poder telúrico associado ao desconhecido e às noções de finitude e transição.

Face à interacção com o meio natural, a tentativa humana de o controlar ou utilizar resultou na produção um conjunto mais ou menos mutável de conhecimentos e condutas, aplicado, por exemplo, no acompanhamento de um moribundo, na cura de uma ferida, no nascimento de uma criança, ou noutra qualquer contexto da vida quotidiana nos quais se procura apaziguar da dor, atenuar o sofrimento, reduzir a ansiedade ou, em síntese, salvaguardar o bem-estar.

Assim, as estratégias de manutenção da vida – ou de sobrevivência, incorporando também as noções do que está para além ou na continuidade da própria vida – passaram pela utilização da Natureza pela via da Cultura. Ela permitiu que as

situações de doença e cura fossem tratadas no quadro de experiências, interpretações e conhecimentos oriundos das soluções sobre os problemas de saúde encontradas por outras espécies animais ou entre outros grupos sociais humanos. Parte dessas decifrações envolveram a utilização de materiais naturais conducentes às modalidades de acção ou às técnicas de intervenção, em concreto através do uso de plantas e de outros materiais símiles.

O dados biológicos combinaram-se em formas de estratégias socioculturais de vida e sobrevivência. Todas as potencialidades desenvolvidas, com a cognição, o pensamento abstracto, o sentimento, a memória, a identidade, o altruísmo, ou a grande variedade de soluções na adaptação ao meio, e ainda os valores, as normas, regras, os hábitos, costumes ou as tradições sociais foram determinantes para o preenchimento da solução sobre uma dúvida premente em todos os agrupamentos sociais humanos que é, de modo abreviado, a de como lidar com a doença.

Sobre o dado factual, a doença, concreta ou imaginada, foram produzidas múltiplas explicações sobre a sua origem, estabelecidos inúmeros procedimentos de cura, e manifestadas variadas formas de êxitos ou reveses sobre os mesmos. Mas não é só a doença, em si, que pode estar ligada à actividade terapêutica; o desconforto, a dor, a ansiedade, o sofrimento físico e psíquico estão também envolvidos, e, igualmente, o próprio corpo, na medida em que sustenta a manifestação de todos eles.

As moralidades e tradições, os mitos e ritos, as crenças e religiões também servem de suporte ao esclarecimento de como surge a «anormalidade» e o que fazer para reencontrar a «normalidade». A doença e a cura estão, assim, dependentes de referenciais sócio-simbólicos, traduzíveis ou não em cultura material. São modos de pensar e maneiras de agir que subjazem ao exercício da gestão da vida individual e social.

Retomando o comentário da introdução, para além de corresponder a uma ocorrência – boa, ou menos boa – na vida pessoal de uma gestante, a própria gestação e o potencial subsequente papel de parturiente poderão ser considerados como parte de um acontecimento social. O processo ou estado de gravidez, ou ainda o acontecimento biológico do parto, depende de múltiplos aspectos culturais existentes num determinado contexto social. Entre outras considerações, sobre a criança recém-nascida também

estão envolvidos expressões, narrativas ou discursos (e.g., «é tão pequenino!...»; «logo que tenha saúde!...») que expõem, de algum modo, a característica somática existente entre corpo, doença e saúde.

Mesmo o sofrimento é culturalmente contextualizado; exemplificando, em certos grupos étnicos africanos (e.g., entre as etnias da categoria étnica «*Fulani*» da África Ocidental) à mulher é vedada a manifestação da dor no parto, no sentido de nenhuma entidade influir na mulher (por esta estar «controlada») e assim evitar uma vida «má» ou de «azar» ao novo membro da família.

A vida social está repleta de referências sobre as considerações colocadas à forma como é encarada a doença. É frequente observarem-se em diversos meios sociais considerações ou declarações que atestam essa importância atribuída. Expressões como «à saúde!...» ou «o melhor bem é a saúde!...» formalizam uma linha de referência sobre algumas das expectativas existentes num certo grupo.

Esta variabilidade cultural determina um número quase infindável de diferentes manifestações associadas à doença e à saúde. Aos antropólogos idealmente cabe a missão primordial de aceder e conhecer as diversas modalidades de acção e pensamento produzidas sobre elas.

Os dados expostos são o resultado de uma revisão sistemática da literatura existente, maioritariamente de origem anglo-saxónica. Sobre a mesma foi aplicada uma metodologia de estudo por recurso a fontes documentais não oficiais, de modo a serem colhidas as informações pertinentes. Para tal, procedeu-se a uma síntese do problema apresentado através de uma avaliação estruturada, organizada e sistemática sobre o material existente na forma de meta-análise sociológica.

Assim, a actual definição de «Antropologia Médica» é numa síntese final representada pelo presente trabalho e consubstanciada na forma de uma metanarrativa crítica, no sentido de uma narrativa global capaz de explicar ou sintetizar os conhecimentos e experiências existentes a partir das narrativas utilizadas em Antropologia quanto às temáticas de análise científica de «doença» e «saúde».

A Antropologia constitui um vasto campo científico, no momento dividido em, pelo menos, duas grandes orientações fundamentais: a Física ou Biológica, e a Social e Cultural. Situada entre as Ciências Naturais e as Ciências Sociais, ela constitui uma área

científica de estudo com um objectivo meritório, mas algo inalcançável em termos temporais, que é o da explicação da totalidade humana.

No quadro das Ciências Sociais, a Antropologia Cultural e/ou a Antropologia Social possuem variadas orientações de investigação quanto às multiplicidades de dimensões passíveis de serem a partir delas extraídas, nomeadamente em relação ao actual objecto de trabalho.

O ponto central de estudo é, no entanto, claro: a Cultura. Através da ciência antropológica, ela é avaliada sob os seus aspectos correntes ou particulares no vasto leque da vida humana, ou dito de outra forma, ela é orientada para o que é social e culturalmente comum ou diverso no Homem. Sobre esse ponto, o exercício concreto da actividade antropológica é derivada de três diferentes níveis, mas interactuantes, de observação e análise: etnográfico, etnológico e antropológico.

As teorias e os conceitos que organizam a reflexão antropológica são suportadas por análises etnológicas comparativas, sociais e culturais, preferencialmente em articulação com a actividade de exercício empírico etnográfico do trabalho de campo. Os métodos e as técnicas de investigação podem, não obstante, ser diversos, muito embora estejam quase sempre centrados em procedimentos de âmbito qualitativo.

A Antropologia Médica é um produto de natureza intelectual decorrente da Antropologia. Na sua composição ela é, também, um dos reflexos mais fidedignos da própria constituição histórica da ciência antropológica, envolvendo os campos Biológico (físico) e Cultural (social e cultural) na sua matriz de formação.

Contudo, a relação «Natureza» e «Cultura» formaliza um par difícil de ser esclarecido em Antropologia, concretamente em Antropologia Médica. A génese do seu campo particular de estudo foi, todavia, brotado com maior vigor entre finais do século XIX até meados do século XX. Ainda sem objecto antropológico definido, mas com temas directa ou indirectamente ligados ao corpo, à doença e à saúde, o amplo campo de estudo foi utilizado para os mais diversos fins na História da Ciência. O mesmo período temporal também marcou grande parte dos discursos científicos que nortearam os próprios campos de acção da Antropologia Física e da Antropologia Social e Cultural.

Com a constituição formal na década de 70 do século XX de uma nova área de saber designada de «Antropologia Médica», porventura procedeu-se a uma das maiores aproximações na ciência antropológica entre as vertentes biológica e cultural.

Muito embora tenham sido produzidos muitos trabalhos em outros lugares ou continentes, os centros de maior incremento académico situaram-se na América do Norte e na Europa, com particular incidência nos Estados Unidos, Grã-Bretanha e França.

Sendo a composição do campo disciplinar identificada aos Estados Unidos, a designação – muito ligada à Antropologia Cultural – não é unanimemente aceite. Pelas razões já aludidas no desenvolvimento do trabalho, na ciência antropológica o objecto de estudo antropológico assume diversas outras designações; algumas vezes, em resultado de uma tentativa de focalização sobre a incidência concreta das análises proferidas (e.g. «doença», «saúde», etc.) e, outras vezes, para questionar o próprio envolvimento da expressão «Médica».

Com efeito, para alguns antropólogos ela poderá, por um lado, ser interpretada com uma forma de domínio de uma forma de classificação dominante de um sistema cultural, ou, por outro, corresponder a um produto social e cultural passível de ser globalizado na forma de «cultura científica dominante». Num e noutro caso, porém, ela estará sempre subjacente a um possível exercício de reflexão antropológica: a realização de uma «Antropologia da Antropologia Médica».

Em termos de referenciação geográfica e histórica, e face às variações empreendidas nas respectivas culturas científicas, no acompanhamento às incidências típicas ou tradicionais sobre os moldes de investigação – concretamente na Antropologia Social britânica e na Etnologia francesa (actualmente também referida como «Antropologia Social francesa») –, foram entoadas várias enunciações, complementares ou distintas, sob a forma de diversas outras designações disciplinares, a saber, por exemplo, «Antropologia da Doença», «Antropologia da Saúde» ou «Antropologia dos Sistemas Médicos».

Por muitos questionamentos existentes nas avaliações sobre a justeza de certa designação, por entre as diversas origens da produção científica existe, conquanto, um

ponto em comum que está associado à criação da actual subdisciplina de Antropologia Social e Cultural: o Homem e a sua relação com a doença.

A abordagem antropológica à doença pela via «médica» é, no momento actual, dominante na produção científica internacional. Nela são incorporadas assuntos que subjazem à análise da doença: corpo, saúde, dor, sofrimento, cura. Enquanto meios que funcionam como suportes ou veículos, esses assuntos dependem de processos específicos de raciocínio e acção. Muito deles dizem respeito aos modos como as intervenções são realizadas sob determinados sistemas culturais de saúde.

A partir delas, por exemplo, o cuidador e o enfermo poderão ser uma mesma pessoa ou sujeitos distintos, com nosologias e terapêuticas (i.e., classificações, explicações, teorias e tratamentos da doença) baseadas em tradições familiares, no conhecimento popular, num sistema oficial ou noutra não convencional (alternativo, paralelo, complementar). Todos estes elementos são passíveis, portanto, de uma observação e reflexão etno-antropológica.

Exercidos de forma separada, complementada ou integrada, os actos de saúde são acompanhados de narrativas no quadro de modelos culturais e consensos dominantes sobre doença e saúde. As narrativas pessoais produzidas, as expressões populares, ou as linguagens técnicas biomédicas por exemplo, incorporam significações particulares que usualmente não são coincidentes.

Os comportamentos e os diálogos produzidos integram modos distintos de gestão do poder. Nesse sentido, a saúde é também um tema social: o modo de aceder ao conhecimento, a forma de aplicação do mesmo (frequência, facilidade de acesso, organização, instituição, etc.), a instrumentalização à qual os indivíduos estão sujeitos ou ao modo como ela é «instrumentalizada», política e economicamente.

Vários são os potenciais temas ou subtemas de análise antropológica alicerçados a vertentes de medicina e saúde, como, por exemplo: (1) a economia política da saúde; os programas de saúde pública (domésticos e internacionais); (2) as ideologias e os modos de exercício do poder dos organismos de saúde e das instituições médicas; (3) os sistemas culturais biomédicos e etnomédicos aplicados à clínica e aos cuidados dos doentes; (4) a descrição e a interpretação dos sistemas sócio-simbólicos e das narrativas empreendidos na relação médico/paciente; (5) os padrões das doenças observados sob

as vertentes sociais e culturais, e/ou as ligações destas às determinantes biológicas evolutivas eco-adaptativas de índole epidemiológica.

Na forma de subdisciplina de Antropologia Social e Cultural, a Antropologia Médica produziu ao longo de mais de quatro décadas diversos quadros de referência teórica sobre o objecto de estudo. Da perspectiva ecológica ao sistema mundial, ou seja da *teoria ecológica* à *teoria crítica*, passando pela *teoria interpretativa* ou *cultural*, variadas são as formas de antropologicamente se teorizar sobre doença e saúde.

Enquanto a *teoria médica ecológica* constituiu uma base substancial do enquadramento reflexivo de ecologia cultural sobre as primeiras inquirições etno-antropológicas médicas, por sua vez a *teoria interpretativa cultural* correspondeu a um dos mais profícuos meios de observação e análise em Antropologia Cultural, sobretudo no estudo comparado às narrativas médico/paciente.

Numa perspectiva global de investigação em ciência antropológica, e muito por força das reflexões empreendidas nas actividades de Antropologia Aplicada e do Desenvolvimento em contexto de intervenção em saúde pública a nível nacional e internacional, no presente a *teoria crítica* representa um dos mais fortes meios de análise. Avalia, entre outros, os reflexos das relações de poder político e económico sobre as múltiplas dimensões da saúde de populações autóctones e/ou directamente envolvidas.

A *antropologia médica crítica* assume, no momento, uma posição teórica dominante. Contudo, e enquanto sinal de uma certa «fluidez» teórica, a própria análise ecológica frequentemente reorienta a sua avaliação ou reflexão para o domínio da *ecologia crítica*; na mesma linha, alguns dos trabalhos *críticos* ou *hermenêuticos* assumem também uma posição de *antropologia interpretativa crítica*.

Tendo em atenção às principais vertentes biológicas e socioculturais da Antropologia Médica, os instrumentos teóricos e conceptuais utilizados para a análise nas dimensões física e simbólica às questões relacionadas com o corpo, a saúde e a doença a partir de uma abordagem antropológica revertem para diversos elementos de observação.

Esses elementos, eles próprios compostos por múltiplas categorias e dimensões, percorrem áreas muito diversas, a saber, entre outros: (1) as representações do corpo, da

doença e da saúde; (2) as curas e os seus rituais; (3) as estruturas do corpo e as suas doenças face aos sistemas médicos; (4) as modalidades dos cuidados de saúde; (5) as formas dos cuidados dos doentes; (6) as evoluções das doenças humanas no passado e no presente; (7) as experiências psíquicas e somáticas do sofrimento humano; (8) as práticas biomédicas em relação às medicinas alternativas; (9) as narrativas biotecnológicas face às leigas no que diz respeito aos procedimentos de cura; (10) as narrativas e os discursos de promoção da saúde (âmbitos doméstico ou internacional, privado ou público).

Algumas das restantes tendências sobre os significados culturais da doença e as representações da saúde marcam outros temas e subtemas de trabalho orientados para questões de intervenção social. Alguns deles são direccionados para projectos de apoio ao desenvolvimento e/ou intervenção em saúde pública, em concreto no auxílio à determinação específica de uma certa relação risco/benefício. Outros, por exemplo, e enquanto produto de educação social, têm o intuito de promover a sensibilização cultural às outras «vozes do sofrimento», como as existentes em grupos populacionais desfavorecidos ou demograficamente minoritários, nomeadamente sobre as soluções face às necessidades de saúde das populações (i)migrantes.

Uma parte considerável do trabalho «aplicado» em Antropologia Médica tem sido colocada perspectivando o tipo de incidência analítica. Com ou sem envolvimento da actividade etnográfica, os trabalhos produzidos nos quadros da Antropologia do Desenvolvimento e/ou da Antropologia Aplicada, bem como nas estratégias de intervenções em contextos de saúde pública e de educação social, colocam problemas éticos concretos no que diz respeito ao envolvimento do investigador com o material observado e trabalhado.

Essas notações são particularmente importantes junto de dois dos mais referidos e utilizados meios de pesquisa: (1) no campo teórico, as variações subjectivas nas incidências *interpretativas* a partir da *teoria médica ecológica*; (2) no âmbito prático, a possível observação de «Antropologia Clínica» bem como a eventual aplicação ou o potencial benefício de uma «Clínica Antropológica». Essas preocupações são também extensivas aos usos e limitações do próprio trabalho etnográfico bem como às reflexões etno-antropológicas empreendidas.

Enquanto interventor pela via do trabalho de campo, e especialmente em actividades interdisciplinares de intervenção em saúde, o antropólogo não assume só o papel único de «tradutor» de culturas. O acto de «aceder» ou a função de «sensibilizar» sobre os aspectos sociais e culturais de um certo grupo social humano deverão preferencialmente ser entendidos como um contributo ou contrapartida científica, e não com uma simples função finalística ou utilitária ao serviço do conhecimento e da acção médica.

De facto, com o treino de terreno e a experiência etnográfica, os conhecimentos etnológicos e o trabalho de reflexão antropológica, o investigador ou técnico de Antropologia é o único que, profissionalmente, obteve uma forma de habilitação particular nas Ciências Sociais que o diferencia dos outros potenciais intervenientes: o da competência de estudo cultural, predicado da própria «competência cultural».

Outros antropólogos, nomeadamente os de orientação biocultural, podem ampliar ainda mais a área de intervenção em estudos tão diversas como, por exemplo, a relação entre dieta/nutrição e certos atributos culturais, os impactes das alterações nas movimentações espaciais de certos grupos face à evolução prospectiva de um determinado quadro epidemiológico, ou os estudos aos eventuais bons índices globais de saúde de um grupo étnico relativamente às suas farmacopeias e receituários médicos.

Todas essas iniciativas envolvem trabalho de campo e necessitam de competências particulares face a incidências amplas e diversas, a saber, entre outros, os estudos de índole epidemiológico, hábitos sociais e reprodução humana, envelhecimento e Desenvolvimento Humano, cuidados maternos e saúde infantil, fornecedores dos cuidados de saúde, Biomedicina e Biotecnologia, pós-colonialismo e saúde.

Quaisquer destes exemplos sobre temas de «saúde» ligados à observação antropológica são passíveis de trabalho de campo. Este é, com efeito, o elemento «natural» da iniciativa básica de investigação em estudos de cariz etno-antropológico.

O trabalho de campo, de onde se destaca, por força da iniciativa mais corrente, a metodologia etnográfica, envolve a realização de estudo empírico relacionado com a estratégia de observação directa. Para tal, as investigações etnográficas recorrem ao

levantamento de dados sobre culturas através de elementos e vestígios materiais, culturas simbólicas e sócio-simbólicas, práticas e técnicas, relações e discursos sociais.

Em assuntos ou temas decorrentes de problemáticas relacionadas com os assuntos do «corpo», «doença» ou «saúde» são frequentes as incidências etnográficas sobre racionalidades médicas, sistemas culturais de Biomedicina e Etnomedicina (em quadros de referências sintomatológicas, nosologias patológicas, e terapêuticas administradas), e narrativas sobre as significações das doenças e dos actos de cura.

A «etnografia da saúde» poderá servir o intuito de formalizar um conjunto de competências antropológicas específicas aplicáveis em contextos profissionais e/ou facultar uma forma de acesso à investigação académica na área de Saúde. Uma melhor habilitação para a intervenção no terreno e um mais amplo conhecimento das suas estratégias de aplicação permitem uma diferenciação significativa entre os modelos de estudo da Antropologia Médica ou Antropologia da Saúde face à Sociologia da Saúde.

Também o incentivo à pesquisa etnográfica portuguesa (no território nacional, ou fora dele) centrada nos temas da Antropologia Médica potencialmente tenderá a promover um maior fluxo de dados antropológicos, dinamizando, desse modo, tanto a actividade dos antropólogos que trabalham e investigam em Portugal quanto os que, no âmbito de outras profissões ou especializações académicas, desejam proceder a uma análise mais aprofundada das relações entre cultura e saúde, nomeadamente sob uma visão de estudo *emic* ou *etic*.

No que diz respeito à sistematização de processos e conteúdos de «Antropologia Médica», e nos estritos moldes da análise de dados documentais e síntese analítica actualmente apresentados, não existem, aparentemente, e até ao momento, quaisquer referências símile na literatura científica produzida por parte de autores nacionais.

Tendo sido consideradas as linhas de estudo que, desde o Período Moderno, reverteram para a construção da Antropologia Médica, o objectivo subjacente à constituição do produto criado é, sob essa orientação geral, também de âmbito pedagógico. Visa oferecer aos mais variados leitores o prolegómeno de uma introdução ao tema na forma de um manual de consulta.

A aposta colocada na formação deste breve compêndio, dirigido aos investigadores em geral e aos estudantes em particular, pretendeu reverter para um

documento cientificamente acessível, com buscas directas e descrições sintéticas, mas que incluiu a maioria das grandes problemáticas actuais no que respeita à exposição das principais orientações analíticas.

A sua principal focalização não recaiu sobre muitos outros assuntos ou temas de eventual manifesto interesse. Não foram exploradas considerações sobre a ligação do objecto de estudo a outros fenómenos antropológicos (religião, parentesco, etc.), aprofundadas as questões associadas ao plano evolutivo (evolução homínida, comunidades pré-históricas, etc.), ou estabelecidas interligações com outras dimensões recorrentes passíveis de serem explorados (explicações animistas, incidências psicodinâmicas, eficácias das curas alternativas, etc.) bem como, ainda, explanadas diversas outras disciplinas ou subdisciplinas associadas de Antropologia (Antropologia Ecológica, Antropologia Nutricional, etc.).

No quadro de uma ponderação antropológica pós-moderna, o documento final é um «olhar» pessoal na forma de «texto», uma versão autoral única, logo naturalmente passível de diferentes alternativas textuais e de outros olhares críticos. Neste sentido, ele não deverá ser encarado enquanto uma sebenta de leitura obrigatória ou um dogma intelectual de índole académico, mas sim como um convite de estudo e reflexão individual ou colectivo.

Em suma, o produto final apresentado corresponde a uma abordagem possível, podendo servir um propósito pedagógico sob a forma de um «Manual Breve de Antropologia Médica».

## **BIBLIOGRAFIA.**

### ***Bibliografia Citada.***

- Alexander, L. (1979). Clinical Anthropology morals and methods. *Medical Anthropology*, 3(1), pp. 61-107.
- Atkinson, P., & Hammersley, M. (1994). Ethnography and participant observation. In: Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (Eds.), *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA.: Sage, pp. 248-261
- Atkinson, P., Coffey, A. J., Delamont, S., Lofland J., & Lofland, L. H. (Eds.) (2000). *Handbook of Ethnography*. London, Thousand Oaks, CA.: Sage.
- Augé, Marc, (1984). Ordre Biologique, Ordre social: La Maladie, Forme Élémentaire de l'Évènement. In: M. Augé & C. Herzlich (Eds.). *Le Sens du Mal: Anthropologie, Histoire, Sociologie de la Maladie*. Paris: Éditions des Archives Contemporaines, pp. 35-92.
- Augé M., (1986). L'anthropologie de la Maladie. *L' Homme - Revue Française d' Anthropologie*, 26 (1;2), pp. 81-90.
- Augé, M., & Colleyn, J.-P. (2005). *A Antropologia*. Lisboa: Edições 70.
- Augé, M., & Herzlich, C. (Dir.) (1991). *Le Sens du Mal: Anthropologie, Histoire, Sociologie de la Maladie*. Paris: Editions des Archives Contemporaines.
- Baer, H. A. (1982). On the Political Economy of Health. *Medical Anthropology Newsletter*, 14(1), pp. 1-2; 13-17.
- Baer, H. A., Singer, M., & Susser, I. (2003). *Medical Anthropology and the World System*; (2nd Ed). Westport, Conn.: Praeger.
- Barnard, A. (2006). *Social Anthropology – Investigating Human Social Life*; (2nd Ed.). Albergele, U.K.: Studymates.
- Barrio, A. B. (1992). *Manual de Antropologia Cultural*. Salamanca: Amarú.
- Benoist, J. (2002) (Dir.). *Petite Bibliothèque d' Anthropologie Médicale - Une Anthologie*; (Vol. 1). Paris: Karthala.
- Birx, H. J. (Ed.) (2006). *Encyclopedia of Anthropology*; (Vols. 1-5). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Bloor, M. (2000), The Ethnography of Health and Medicine. In: Atkinson, P., Coffey, A. J., Delamont, S., Lofland J., & Lofland, L. H. (Eds.). *Handbook of Ethnography*. London; Thousand Oaks, CA.: Sage, pp. 177-187.
- Brodwin, P. E. (Ed.) (2001). *Biotechnology and Culture: Bodies, Anxieties, Ethics*. Bloomington, Ind: Indiana University Press.
- Brown, P. J. (1998) (Ed.). *Understanding and Applying Medical Anthropology*. Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company.
- Brown, P. J., & Barrett, R. L. (2009) (Eds.). *Understanding and Applying Medical Anthropology*. New York: McGraw-Hill Higher Education.

- Bruner, E. (1986). *Ethnography as Narrative*. In: Turner, V. W., & Bruner, E. M. (Eds.). *The Anthropology of Experience*. Urbana: University of Illinois Press, pp. 139-158.
- Caudill, W. (1953). *Applied Anthropology in Medicine (prepared under the chairmanship of A. L. Kroeber)*. In: Kroeber, A. L. (Ed.). *Anthropology Today: An Encyclopedic Inventory*. Chicago: University of Chicago Press, pp. 771-806.
- Chambers, E. (1985). *Applied Anthropology: A Practical Guide*. New Jersey: Prentice Hall.
- Clements, F. E. (1932). *Primitive Concepts of Disease*. Berkeley, Calif.: University of California Press.
- Clifford, J., & Marcus, G. E. (1986) (Eds.). *Writing Culture: The Poetics and Politics of Ethnography*. Berkeley: University of California Press.
- Cook, T. D., Cooper, H., Cordray, D. S., Hartmann, H., Hedges, L. V., Light, R. J., Louis, T. A., & Mosteller, F. (1992). *Meta-Analysis for Explanation: A Casebook*. New York: Russell Sage Foundation
- Copans, J. (1999). *Introdução à Etnologia e à Antropologia*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Crapo, R. (1990). *Cultural Anthropology – Understanding Ourselves and Others*. Connecticut: The Dushkin Publishing Group.
- Crews, D. E. (2003). *Human Senescence: Evolutionary and Biocultural Perspectives*. Cambridge. Cambridge University Press.
- Chrisman, N. J., & Maretzki, T. W. (Eds.) (1982). *Clinically Applied Anthropology: Anthropologists in Health Science Settings*. Boston: D. Reidel.
- De Laine, M. (1997). *Ethnography: Theory and Applications in Health Research*. Sydney: MacLennan & Petty.
- Delvecchio Good, M. J., & Good, B. J. (2000). *Clinical Narratives and the Study of Contemporary Doctor–Patient Relationships*. In: Albrecht, G. L., Fitzpatrick, R., & Scrimshaw, S. C. (Eds.). *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*. Thousand Oaks, CA: Sage, pp. 243-258.
- Delson, E., Tattersall, I., Van Couvering, J. A., & Brooks, A. S. (Eds.) (2000). *Encyclopedia of Human Evolution and Prehistory*. New York, NY: Garland.
- Devereux, G. (1970). *Essais d'Éthnopsychiatrie Générale*. Paris: Gallimard.
- Devereux, G. (1972). *Ethnopsychanalyse Complémentariste*. Paris: Flammarion.
- Douglas, M. (1991). *Pureza e Perigo*. Lisboa: Edições 70.
- Eisenberg, L. (1977). *Disease and Illness: Distinctions Between Professional and Popular Ideas of Sickness*. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1, pp. 9-23.
- Ember, C. R., & Ember, M. (1996). *Cultural Anthropology*. New Jersey: Prentice Hall.
- Ember, C. R., & Ember, M. (Eds.) (2004). *Encyclopedia of Medical Anthropology – Health and Illness in the World's Cultures; (Vols. 1-2)*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

- Eriksen, T. H., & Nielsen, F. S. (2001). *A History of Anthropology*. London: Pluto Press.
- Evans-Pritchard, E. E. (1937). *Witchcraft, Oracles and Magic Among the Azande*. Oxford, Oxford University Press.
- Fontes, A., & Sanches, J. G. (1999). *Medicina Popular – Ensaio de Antropologia Médica*. Lisboa: Âncora.
- Foster, G. M., & Anderson, B. G. (1978). *Medical anthropology*. New York: Wiley.
- Foucault, M. (1963). *Naissance de la Clinique: Une Archéologie du Regard Médical*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Frankenberg, R. (1974). Functionalism and After? Theory and Developments in Social Science Applied to the Health Field. *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*, 4(3), pp.411-427.
- Frankenberg, R. (1980). Medical Anthropology and Development: A Theoretical Perspective. *Social Science & Medicine*, 14B(4), pp.197-207.
- Geertz, C. (1973). *The Interpretation of Cultures – Selected Essays*. New York: Basic Books.
- Geest, S. v.d., & Rienks, A. (1998). *The Art of Medical Anthropology: Readings*. Amsterdam: Het Spinhuis, Universiteit van Amsterdam.
- Gielen, U. P., Fish, J. M., & Draguns, J. G. (2004) (Eds.). *Handbook of Culture, Therapy, and Healing*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Good, B. J. (1994). *Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Hahn, R. A. (1995). *Sickness and Healing: An Anthropological Perspective*. New Haven: Yale University Press.
- Halland [Jr], A. (1970). *Adaptation in Cultural Evolution: An Approach to Medical Anthropology*. New York, Columbia University Press.
- Harris, M. (1999). *Theories of Culture in Postmodern Times*. Walnut Creek, CA: AltaMira Press.
- Haviland, W. A. (1989). *Anthropology*. Orlando: Holt, Rinehart and Winston.
- Helman, C. G. (2003). *Cultura, Saúde e Doença*; (4ª Ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Helman, C. G. (2008) (Ed.) *Medical Anthropology*; (The international library of essays in anthropology). Aldershot, Hampshire, London, UK; Burlington, VT: Ashgate.
- Hernández, A. M. (2008). *Antropología Médica : Teorías sobre la Cultura, el Poder, y la Enfermedad*. Barcelona: Anthropos Editorial.
- Hill, C. E. (1991) (Ed.). *Training Manual in Applied Medical Anthropology*; (Professional Series; Special Publication of AAA, number 27) Washington, D.C.: American Anthropological Association.
- Inhorn, M. C., & Brown, P. J. (Eds.) (1997). *The Anthropology of Infectious Disease: International Health Perspectives*. New York: Routledge Publishers.

- Janes, C. R., Stall, R., & Gifford, S. M. (1986) (Eds.). *Anthropology and Epidemiology: Interdisciplinary Approaches to the Study of Health and Disease*. Boston: D. Reidel
- Joralemon, D. (1999). *Exploring Medical Anthropology*. Boston: Allyn and Bacon.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*. New York: Basic Books.
- Kleinman, A. (1997). *Writing at the Margin: Discourse Between Anthropology and Medicine*. Berkeley: University of California Press.
- Kroeber, A. L., & Kluckhohn, C. (1952). *Culture: A Critical Review of Concepts and Definitions*; (Peabody Museum of American Archaeology and Ethnology, Harvard University). Cambridge, Mass.: The Museum.
- Laburthe-Tolra, P., & Warnier, J.-P. (1993). *Ethnologie - Anthropologie*. Paris: Presse Universitaire de France.
- Landy, D. (1977). *Culture, Disease, and Healing: Studies in Medical Anthropology*. New York : Macmillan.
- Laplantine, F. (1986). *Anthropologie de la Maladie: Étude Éthnologique des Systèmes de Représentations Étiologiques et Thérapeutiques dans la Société Occidentale Contemporaine*. Paris: Payot.
- Laplantine, F. (2004). *Antropologia da Doença*; (3ª Ed). São Paulo: Martins Fontes.
- Le Breton, D. (1995). *Anthropologie de la Douleur*. Paris: Métailié.
- Le Breton, D. (1999). *L'Adieu au Corps*. Paris: Métailié.
- Leslie, C. (Ed.). (1976). *Asian Medical Systems: A comparative Study*. Berkeley: University of California Press.
- Leslie, C., & Young, A. (Eds.) (1992). *Paths to Asian medical knowledge*. Berkeley: University of California Press.
- Lévi-Strauss, C. (1962). *La Pensée Sauvage*. Paris: Plon.
- Littlewood, R. (2007) (Ed.). *On Knowing and Not Knowing in the Anthropology of Medicine*. Walnut Creek, CA: Left Coast Press.
- Lock, M. M. (1980). *East Asian Medicine in Urban Japan: Varieties of Medical Experience*. Berkeley: University of California Press.
- Lock, M. M., Young, A., & Cambrosio, A. (2000). *Living and Working With the New Medical Technologies: Intersections of Inquiry*; (Cambridge studies in medical anthropology, 8). Cambridge, UK; New York, NY, USA: Cambridge University Press.
- May, T. (2002) (Ed.). *Qualitative Research in Action*. London: Sage.
- Malinowski, B. (1932). *The Sexual Life of Savages in Northwestern Melanesia*. London: Routledge and Kegan Paul.

- Mauss, M. (1947). *Manuel d'Éthnographie*. Paris: Payot.
- Mauss, M. (1950). *Sociologie et Anthropologie (Précédé d'une Introduction à l'œuvre de Marcel Mauss par Claude Lévi-Strauss)*. Paris: Presses Universitaires de France.
- McElroy, A. (1996). Medical Anthropology. In: Levinson, D., & Ember, M. (Eds.). *Encyclopedia of Cultural Anthropology*; (3). New York, NY: Henry Holt and Company, pp. 759-763.
- McElroy, A., & Townsend, P.K. (1985). *Medical Anthropology in Ecological Perspective*. Boulder, CO: Westview.
- Morse, J. M. (Ed.) (1994). *Critical Issues in Qualitative Research Methods*. Thousand Oaks, CA.: Sage.
- Morsy, S. (1979). The Missing Link in Medical Anthropology: The Political Economy of Health. *Reviews in Anthropology*, 6, pp. 349-363.
- Morsy, S. (1996). Political Economy in Medical Anthropology. In: Sargent, C. F., & Johnson, T. M. (Eds.). *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*. New York: Praeger, pp. 21-40.
- Nichter, M. , & Lock, M. M. (2002) (Eds). *New Horizons in Medical Anthropology: Essays in Honour of Charles Leslie*; (Theory and practice in medical anthropology and international health; v.8). London; New York: Routledge.
- Polgar, S. (1962). Health and Human Behavior: Areas of Interest Common to the Social and Medical Sciences. *Current Anthropology*, (3), pp. 159-205.
- Pool, R., & Geissler, [P.] W. (2005). *Medical Anthropology*; (Understanding Public Health Series / McGraw-Hill Education). London, UK: McGraw-Hill.
- Richards, A. (1932). *Hunger and Work in a Savage Tribe: A Functional Study of Nutrition Among the Southern Bantu*. London: G. Routledge & sons.
- Richards, A. (1939). *Land, Labour and Diet in Northern Rhodesia: An Economic Study of the Bemba Tribe*. London: Oxford University Press.
- Rivers, W. H. R. (1924). *Medicine, Magic and Religion*. London: Kegan Paul.
- Rivière, C. (2000). *Introdução à Antropologia*. Lisboa: Edições 70.
- Rossi, I, & O'Higgins, E. (1981). *Teorías de la Cultura y Métodos Antropológicos*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Rubel, P. G., & Rosman, A. (2003). *Translating Cultures – Perspectives on Translation and Anthropology*. Oxford, UK, New York: Berg.
- Rush, J. A. (1996). *Clinical Anthropology: An Application of Anthropological Concepts Within Clinical Settings*. Westport, Conn.: Praeger.
- Saillant, F., & Genest, S. (Dir.) (2006). *Anthropologie Médicale – Ancrages Locaux, Défis globaux*. Paris: Economica.
- Saint-Georges, P. de (1997). Pesquisa e Crítica das Fontes de Documentação nos Domínios Económico, Social e Político. In: Albarello, L., Digneffe, F., Hiernaux, J.-P., Marroy, C. Ruquoy, D., & Saint-Georges, P. de (Eds.). *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva, pp. 15-47.

- Sargent, C. F., & Johnson, T. M. (1996) (Eds.). *Medical Anthropology: Contemporary theory and method*; (2<sup>nd</sup>, Rev. Ed.). Westport, CT: Praeger Publishers.
- Scotch, N. (1963). Medical Anthropology. In: Siegel, B. J. (Ed.). *Biennial Review of Anthropology*. Stanford, Calif.: Stanford University Press, pp. 30-68.
- Scupin, R. (1995). *Cultural Anthropology – A Global Perspective*. New Jersey: Prentice Hall.
- Singer, Ml, & Baer, H. A. (2007). *Introducing Medical Anthropology: A Discipline in Action*. Lanham, MD: AltaMira Press.
- Sobo, E. J. (2004). Theoretical and Applied Issues in Cross-Cultural Health Research – Key Concepts and Controversies. In: Ember, C. R., & Ember, M. (Eds.). *Encyclopedia of Medical Anthropology – Health and Illness in the World's Cultures*; (Vol. 1: Topics). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, pp. 3-11.
- Spradley, J. P. (1980). *Participant Observation*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Todd, H. F., & Ruffini, J. L. (1979). *Teaching Medical Anthropology: Model Courses for Graduate and Undergraduate Instruction*; (Society for Medical Anthropology Ed. / American Anthropological Association). Washington, D.C.: American Anthropological Association.
- Tremblay, R. (1994). *Savoir Faire: Précis de Méthodologie Pratique*; (Deuxième Édition). Montréal: McGraw-Hill.
- Tseng, W.-S., (2001). *Handbook of Cultural Psychiatry*. San Diego, CA: Academic Press.
- Turner, V. W. (1967). *The Forest of Symbols: Aspects of Ndembu Ritual*. Ithaca, N.Y.: Cornell University Press.
- Tylor, E. B. (1871). *Primitive Culture: Researches into the Development of Mythology, Philosophy, Religion, Language, Art, and Custom*; (2 Vols.). New York: G. P. Putnam's Sons.
- Trostle, J. A. (2005). *Epidemiology and Culture*. Cambridge, UK. Cambridge University Press.
- Whitaker, E. D. (2006). *Health and Healing in Comparative Perspective*. Upper Saddle River, N.J.: Pearson Prentice Hall.
- Strathern, A., & Stewart, P. J. (1999). *Curing and Healing: Medical Anthropology in Global Perspective*. Durham, N.C.: Carolina Academic Press.
- Whyte, S. R., Geest, S. Vd., & Hardon, A. (2003). *Social Lives of Medicines*. Cambridge, UK; New York: Cambridge University Press.
- Winkelman, M. (2009). *Culture and Health: Applying Medical Anthropology*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Young, A. (1982). The Anthropologies of Illness and Sickness. *Annual Review of Anthropology*, 11, pp. 257-285.

**Netgrafia Utilizada.**

[1] United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. *Proposed International Standard Nomenclature for Fields of Science and Technology*; 1988. [Em linha]. Disponível em <<http://unesdoc.unesco.org/images/0008/000829/082946EB.pdf>>. [Consultado em 20/09/2008].

[2] Organization Mondial de la Santé. *La définition de la santé de l'OMS*, «citation bibliographique». [Em linha]. Disponível em <<http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>>. [Consultado em 15/09/2008].

[3] Organization Mondial de la Santé. *Questions-réponses*, «Comment l'OMS définit-elle la santé?» [Em linha]. Disponível em <<http://www.who.int/suggestions/faq/fr/index.html>>. [Consultado em 15/09/2008].

[4] Organization Mondial de la Santé. *Actes Officiels, n° 2*, «Documentation sur l'histoire de l'OMS, Collection historique, p. 4». [Em linha]. Disponível em <<http://www.who.int/library/collections/historical/fr/index3.html>>. [Consultado em 15/09/2008].

[5] Organization Mondial de la Santé. *Actes Officiels, n° 2*, [do documento original] – Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, « B. Constitution de L'Organisation Mondiale de la Santé», p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.. [Em linha]. Disponível em <[http://whqlibdoc.who.int/hist/official\\_records/2f.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/2f.pdf)>. [Consultado em 15/09/2008].

[6] World Health Organization. *Traditional medicine*, «Fact sheet N°134, Revised December 2008». [Em linha]. Disponível em <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134/en/>>. [Consultado em 18/09/2008].

[7] Zhang, Xiaorui (2008). *Traditional Medicine: Definitions*. «World Health Organization, Medicines». [Em linha]. Disponível em <<http://www.who.int/medicines/areas/traditional/definitions/en/index.html>>. [Consultado em 18/09/2008].

[8] Zhang, Xiaorui (2008) (Coord.). *General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine*. Geneva: World Health Organization. [Em linha]. Disponível em <[http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO\\_EDM\\_TRM\\_2000.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_EDM_TRM_2000.1.pdf)>. [Consultado em 18/09/2008].