

## CONTRIBUIÇÕES DA ANTROPOLOGIA PARA PENSAR E FAZER SAÚDE

Maria Cecília de Souza Minayo

Como fazer para que as disciplinas clínicas que lidam com pessoas doentes, pretendendo achar soluções para as causas de seu sofrimento físico, integrem o fato de a essência da pessoa humana ir muito além do seu corpo biológico — sendo ela um ser que pensa, imagina, simboliza, vive de afetos e de fantasmas quanto de alimentos materiais? Como fazer com que aqueles especialistas cuja atuação se dirige aos indivíduos — seja para curá-los, seja para educá-los — admitam o fato de cada pessoa ser inserida em redes, estruturas, formas de pensamento coletivas que até certo ponto marcam e orientam seu comportamento?

— RAYNAULT, 2002, p. 43.

AS DUAS PERGUNTAS tratadas em epígrafe constituem o cerne deste texto no qual apresentamos uma reflexão sobre a contribuição da antropologia para os estudos da área de saúde no Brasil. Para construí-lo tentamos fazer uma viagem em várias direções. Em primeiro lugar, analisando os fundamentos da antropologia clássica para pensarmos essas relações, entendendo que as categorias e conceitos antropológicos transcendem áreas específicas e tempos sociais. A seguir, caminhamos na direção de elucidar os principais elementos que contribuem para a construção das categorias saúde-doença no interior da antropologia clássica. Focalizamos este assunto mostrando que há um universalismo e peculiaridades na antropologia brasileira da saúde.

### QUAL É A CONTRIBUIÇÃO DA ANTROPOLOGIA PARA O CONCERTO DAS DISCIPLINAS CIENTÍFICAS?

A antropologia é uma disciplina que tem raízes no final do século XIX e seu maior desenvolvimento, durante o século XX. Quando estamos falando de desenvolvimento, queremos ressaltar o momento de sua construção histórica em que ficaram mais ou menos consensualizadas suas bases metodológicas tradicionais. Para que uma área do saber tenha o *status* de ciência ela necessita construir um corpo de conhecimento próprio, composto por teoria e método, que a distinga das demais. Pois bem, a partir de sua origem, a antropologia marcou seu lugar como disciplina no concerto das ciências, empreendendo investigações para evidenciar os modos como sociedades, populações e grupos específicos produzem, reproduzem e simbolizam suas instituições e estruturas, relações, sistemas classificatórios, técnicas, manifestações estéticas, memória e experiências acumuladas. Independentemente das teorias que as sustentam, as produções antropológicas têm um refinado instrumental que lhes permite acessar tanto os sistemas de pensamento produzidos pelas sociedades tribais e rurais como pelas sociedades industriais e pós-industriais. Além desse arcabouço teórico-metodológico, as análises antropológicas abrangem, também, a compreensão e a crítica do próprio pensamento científico produzido por ela própria. Ou seja, a antropologia se distingue por exercitar uma prática compreensiva das realidades sociais e também uma prática epistemológica sobre a cientificidade de suas próprias descobertas.

Considerado um dos fundadores da antropologia moderna, Radcliffe-Brown (1978) descobriu em seus estudos sobre populações tribais que o ser humano, desde o considerado mais primitivo, é capaz não só de agir como de observar seu próprio comportamento, a natureza e os animais e projetar interpretações sobre si mesmo e tudo o que o cerca. Desde então, os antropólogos entendem que existe um potencial universal dos seres humanos para, ao viver acontecimentos e relações, pensá-los, classificá-los e simbolizá-los. Os achados de Radcliffe-Brown foram aprofundados por outros antropólogos durante o século XX, refutando idéias dos colonizadores europeus que entendiam haver uma superioridade mental e de raça na sociedade ocidental em detrimento dos índios e de todos os povos primitivos.

Um dos antropólogos mais importantes nessa discussão que ficou chamada como "relativismo cultural" foi Lévi-Strauss, cuja contri-

buição essencial pode ser lida no seu livro denominado *O Pensamento Selvagem* (1989). Nessa obra o autor prova que não há características diferenciadoras a favor da racionalidade dos "civilizados". Em *Pensamento Selvagem*, por meio de análises estruturalistas, Lévi-Strauss defendeu a tese de que existe semelhança entre pensamento mítico e pensamento científico, e portanto, só há um modo comum de operação da mente humana. Por isso, ressalta que os conhecimentos resultantes dessas formas distintas de pensamento (mítico e científico, indígena e civilizado) são rigorosos e precisos, uma vez que ambos provêm das relações dos seres humanos entre si e com a natureza e resultam na elaboração de mecanismos de classificação e tecnologias de ação, orientados por características e propriedades observadas nos fenômenos.

Assim, a grande contribuição da antropologia é sua tradição de compreensão da cultura. Ela oferece instrumentos que permitem compreender (a) o caráter de abrangência das visões dominantes numa determinada sociedade ou sobre determinado problema, mostrando que, geralmente, estão vinculadas à classe dominante, ainda que as classes se encontrem sempre em situação de aculturação recíproca; (b) a especificidade dos sistemas culturais e das subculturas; (c) os elementos micro-sociais de realização dos indivíduos como são a família, a vizinhança, os grupos etários, os grupos de lazer, dentre outros; (d) os elementos que podem condicionar visões de mundo como a participação social, política, religiosa e outros; (e) as relações que re-atualizam as estruturas e suas representações na sociedade; (f) os imponderáveis da vida social que de tão leves passam despercebidos nas análises de evidências, mas pesam nas decisões de todos nós (e) e as interpretações dos diferentes atores sociais, de acordo com sua posição e seus interesses, sobre tudo o que atinge suas vidas.

Introduzindo o tema da cultura na interpretação das estruturas, da sociedade e, também, do tema da saúde e da doença, a antropologia demarca um espaçamento radical, na medida em que o fenômeno cultural não é apenas um lugar subjetivo. Ele possui uma objetividade que tem a espessura da vida, por onde passa o econômico, o político, o religioso, o simbólico e o imaginário. Ele é também o *locus* onde se articulam conflitos e concessões, tradições e mudanças e onde tudo ganha sentido, ou sentidos, uma vez que nunca há humano sem significado assim como nunca existe apenas uma explicação para determinado fenômeno.

## QUAIS SÃO AS CONTRIBUIÇÕES DA ANTROPOLOGIA CLÁSSICA PARA PENSARMOS SAÚDE/DOENÇA?

### 1. A antropologia contribui para relativizar conceitos biomédicos

Desde o início do século XX, os antropólogos aportaram uma contribuição muito importante para o setor saúde. Dentre elas, consideramos notáveis algumas reflexões de Lévi-Strauss e Marcel Mauss. O primeiro define o lugar da morte, da saúde, da dor e do prazer no contexto das visões de mundo e das representações coletivas e analisa o lugar e o papel das terapêuticas e da cura no interior dos sistemas simbólicos mais amplos e das relações sociais (1963). O segundo desvenda as profundas relações entre o fisiológico, o emocional, as práticas culturais e o contexto social (1950)

Na introdução à obra de Marcel Mauss a respeito de estudos que abrangeram e compararam sistemas de crenças e de cura de diferentes tribos que vivem nas ilhas do Pacífico, disse Lévi-Strauss:

O esforço irrealizável, a dor intolerável, o prazer e o aborrecimento são menos função das particularidades individuais que de critérios sancionados pela aprovação ou desaprovação coletivas [...] Em face das concepções racistas que querem ver no homem o produto de seu corpo, mostra-se, ao contrário, que é o homem, sempre e em toda parte, que faz de seu corpo um produto de suas técnicas e de suas representações (1950, pp. XIII-XIV).

As reflexões de Lévi-Strauss vieram de seus estudos empíricos nas tribos indígenas brasileiras dos grupos bororo, cadiueu, nhambiquara e tupi-caraíba (1963) e se completaram num profícuo diálogo com Marcel Mauss. Por isso, quando na *Introdução à Obra de Marcel Mauss* (1950), comenta o texto intitulado "L'Idée de Mort" [A idéia da morte], o faz elaborando uma espécie de síntese de seu pensamento, no que tange ao tema da antropologia da saúde e da doença. Ressalta o que ambos observaram e puderam comparar: uma interação dinâmica entre o físico, o psicológico e o moral, conformando uma representação peculiar e forte que retorna dinamicamente para a coesão social dos grupos estudados por eles

Portanto, estudos empíricos dos citados autores e de outros antropólogos vêm evidenciando o que todos sabemos por meio do senso comum e do bom senso: o fato de que as doenças, a saúde e a morte não se reduzem a uma evidência orgânica, natural e objetiva, mas que sua vivência pelas pessoas e pelos grupos sociais está intimamente relacionada com características organizacionais e culturais de cada sociedade. Queremos dizer, concluindo, que a doença, além de sua configuração biológica, é também uma realidade construída e o doente é, antes de tudo, um personagem social. Para expressar esta relação, Bruno Latour (1994) cunhou uma expressão, hoje muito usada: "híbrido biológico-social" visando a ressaltar um movimento de interações recíprocas e recursivas entre essas duas realidades.

A conclusão a que chegamos, baseados nas descobertas de Lévi-Strauss e de Marcel Mauss é de que precisamos aproximar e valorizar as mais variadas interpretações do fenômeno saúde/doença. Uma vez que todas as formas de conhecimento têm racionalidade, todos os sistemas terapêuticos possuem valor intrínseco. E, em consequência, estudos empíricos e comparativos contribuem para problematizar a hegemonia do modelo biomédico de duas formas: quando ele se coloca para a sociedade como "a verdade", ou a "única verdade" para o setor; e quando menospreza o saber e a experiência do paciente como se ali não houvesse nenhuma "verdade". Dessa forma, no seu encontro com a medicina, a saúde pública e a epidemiologia, a antropologia vem colaborando para mostrar o valor do conhecimento que nasce da experiência e da vivência. Por isso ressalta que é preciso problematizar o papel das técnicas de diagnóstico e de tratamento ante as razões objetivas e subjetivas de todos os sujeitos envolvidos na produção e na reprodução dos cuidados

## 2 A antropologia contribui para desvendar a estrutura dos mecanismos terapêuticos

Lévi-Strauss ofereceu ainda outra contribuição essencial à antropologia da saúde quando desvendou o funcionamento psicossocial dos mecanismos terapêuticos usados nas tribos que pesquisou. No estudo denominado *O Feticheiro e Sua Magia* (1963), o autor evidenciou que um indivíduo crê-se vítima de feitiço porque está convencido disso por causa das tradições de seu grupo: seus parentes e amigos compartilham sua crença. Por sua vez essa crença tem lugar no contexto cosmológico da sociedade, que frequentemente se afasta dele, conside-

rando-o antecipadamente morto ou risco para a comunidade, devotando-lhe medo, ritual e tabu. É preciso lembrar que rituais e tabus são formas com que qualquer sociedade tem de lidar com problemas e momentos cruciais. No caso dos rituais para tratar com doenças ou encantamentos, seu papel é buscar reverter sentenças de morte, seja por causas sociais, seja por razões biológicas. Lévi-Strauss mostrou, com base em pesquisas, que "não há porque duvidar da eficácia das práticas mágicas" (1963, p. 167). Porém, essa eficácia implica a crença que a comunidade lhe devota. Dessa forma, diz o autor, falando da estrutura dos sistemas de cura:

Há três aspectos complementares. Primeiro, a crença do feiticeiro na efetividade de suas técnicas. Segundo, a crença do doente ou da vítima de feitiço no poder do feiticeiro. E, finalmente, a fé e as expectativas do grupo em relação ao feitiço e ao feiticeiro, na medida em que esses sentimentos constantemente atuam como uma espécie de campo gravitacional no interior do qual a relação entre feiticeiro e paciente está localizada e definida (1963, p. 168).

Dentro da lógica da metodologia estruturalista a partir da qual evidencia a semelhança entre pensamento científico e pensamento mítico, Lévi-Strauss contribuiu para pensarmos os vários sistemas terapêuticos exercidos nas sociedades complexas, inclusive o modelo médico hegemônico. O autor chama atenção para o fato de que os contextos sociais e individuais dos processos de cura têm esquema mental semelhante. Todos dependem da eficácia simbólica criada pela relação de confiança interativa entre o médico, o paciente e as expectativas sociais em torno do modelo praticado. O que significa dizer que não há racionalidade biomédica independente do ambiente cultural e histórico de seu exercício.

### 3. A antropologia contribui para mostrar relações entre saúde/doença e realidade social

Marcel Mauss construiu ainda outro conceito muito importante que pode ser apropriado pela antropologia da saúde. Trata-se da noção de *fato social total* (1950, p. 315) para se referir a acontecimentos que criam mobilização subjetiva, afetam a fisiologia, catalisam energias e emoções dos indivíduos e interferem nas relações comunitárias, criando uma espécie de totalidade social específica. A partir dessa noção

podemos estudar o impacto da ocorrência de acontecimentos saturados de sentido como doenças e epidemias ou outros como festas e ritos de iniciação, tratando-os como janelas privilegiadas de compreensão da sociedade instituída e de seus mecanismos, expressos em estruturas, riqueza cultural e representações coletivas.

Medo e raiva são associados à intensa atividade do sistema nervoso simpático. E o indivíduo possuído por uma idéia de enfeitiçamento, em poucas horas pode lidar com baixa no volume do sangue, queda de pressão, rejeição de alimentos e bebidas, extrema ansiedade, precipitando processos de adoecimento. Problemas fisiológicos se juntam a vários casos de traumas provenientes de batidas, auto-agressões e outros, resultando em mortes nas quais as autópsias não revelam lesões (Mauss, 1950, p. 168)

Lévi-Strauss (1963) também evidenciou que uma representação específica tão forte e enraizada na cultura como a de saúde/doença manifesta, vigorosamente, concepções da sociedade como um todo. Cada sociedade tem um discurso sobre saúde/doença e sobre o corpo, diz ele, que corresponde à coerência ou às contradições de sua visão de mundo e de sua organização social. Dessa forma, além de ser capaz de criar explicações peculiares sobre os fenômenos do adoecimento e da morte, as categorias saúde/doença devem ser consideradas janelas abertas para compreensão das relações entre os indivíduos e a sociedade e entre as instituições e seus mecanismos de direção e controle:

Em todas as condutas em aparência aberrantes, os doentes não fazem senão transcrever um estado do grupo e tornar manifestas tais circunstâncias. Sua posição periférica em relação a um sistema local não impede que eles sejam parte integrante de um sistema total. Pode-se dizer que, para cada sociedade, condutas normais e condutas especiais são complementares (Levi-Strauss, 1950, p. XXII).

Também Marcel Mauss, a partir de várias análises etnográficas constatou que, em grande número das sociedades estudadas por ele, o medo da morte, de origem puramente social e sem nenhuma mistura de fatores mórbidos individuais, foi capaz de criar manifestações mentais e físicas de adoecimento, por razões de consciência e de transgressão das normas vigentes. Nesses casos — em sociedades marcadas por fortes

laços sociais e estrito controle hierárquico analisadas por ele — os transgressores sociais passavam a se relacionar com a probabilidade ou a certeza de sua morte, mesmo quando seus corpos não apresentavam lesões aparentes ou conhecidas que justificassem o óbito: "São casos acontecidos de mortes causadas brutalmente, em numerosos indivíduos, mas simplesmente pelo fato de que eles souberam ou acreditaram que iam morrer" (Mauss, 1950, p. 313).

No referido texto, *Idée de la Mort*, Mauss (1950) comenta ainda que, para compreendermos por que indivíduos se vêem possuídos repentinamente por doenças causadas por feitiço, encantamento ou por pecado, temos de aprofundar a idéia do que seja doença ou saúde para a sociedade em que vivem. Nas tribos estudadas por ele, uma dessas idéias é de que o indivíduo que infringe alguma norma ou algum tabu deve morrer. Nesses casos o sujeito que adoece ou morre não se *crê* ou não se *sabe* doente a não ser por causas coletivas e sagradas que o sustentam e mantêm sua comunidade.

Outra antropóloga importante, Mary Douglas, confirmou os achados de Lévi-Strauss e de Marcel Mauss quando concluiu que: "O corpo social limita a forma pela qual o corpo físico é percebido. A experiência física do corpo é sempre modificada pelas categorias sociais através das quais é conhecida, sustentando uma visão particular da sociedade" (1970, p. 83). E Boltanski, que estudou a visão sobre saúde e doença na sociedade francesa, enfatizou, com uma frase lapidar, a mediação da cultura na construção das enfermidades e da saúde, no seu estudo *As Classes Sociais e o Corpo*:

Os determinismos sociais não informam jamais o corpo de maneira imediata, por meio de uma ação que se exerceria diretamente sobre a ordem biológica sem a mediação do cultural que os re-traduz e os transforma em regras, em obrigações, em proibições, em repulsas ou desejos, em gostos e aversões (Boltanski, 1979, p. 119).

Portanto, é relevante a contribuição da antropologia para evidenciar o sentido amplo e significativo dos fenômenos que recobrem o campo da saúde e da doença. Pois, além de se referirem a fatos específicos, eles constituem categorias centrais para compreendermos a visão de mundo dos diferentes grupos e populações e, no interior deles, as relações entre os indivíduos e a sociedade. Por isso, uma visão antropológica sugere que, quando analisamos qualquer problema de *saúde*

precisamos entender suas dimensões biológicas no contexto das condições estruturais, políticas e subjetivas em que ocorrem. Mais que qualquer outro fenômeno histórico-cultural, saúde/enfermidade têm vinculação com os modos de produção, as desigualdades sociais e as redes sociais de apoio dos indivíduos e grupos. Portanto, como um tema abrangente e saturado de sentido sociocultural, as categorias *saúde* e *doença* só podem ser compreendidas dentro de uma perspectiva contextualizada e histórica de classe (também segmentos e estratos), de gênero, de idade e de etnia, hoje consideradas as quatro categorias mais relevantes para diferenciações da questão social, além da especificidade histórica.

#### 4. A antropologia contribui para a contextualização dos sujeitos

Por fim, uma das contribuições da antropologia é enfatizar a necessidade de contextualização de qualquer fato, fenômeno, ato ou processo que envolva o ser humano individual ou em coletividade. A antropologia mostra, em primeiro lugar, que saúde e doença, enquanto questões humanas e existenciais, são uma problemática compartilhada indistintamente por todos os segmentos sociais. Para, a seguir, evidenciar que é preciso trabalhar com as categorias de "especificidade histórica" e de "diferenciação interna" nas abordagens de realidades sociais. Do ponto de vista histórico, entendemos que, embora existam semelhanças nos quadros de mortalidade e de morbidade universais (o que permite ao sistema médico tratar doença e cura, por vezes como entidades a-históricas), há uma história das doenças e há uma história da saúde, da qualidade e da expectativa de vida que acompanham a evolução das sociedades e suas idiossincrasias, por exemplo, a saúde e o perfil epidemiológico do povo brasileiro não são os mesmos de cinquenta anos atrás e não são iguais hoje e outrora e nem como a de outros países. O quadro de saúde e enfermidade de uma população está vinculado a sua formação histórico-cultural e contempla seu passado e presente e sua configuração econômica, social e política.

Do ponto de vista das diferenciações internas, é preciso ressaltar que as condições de vida e de trabalho qualificam de forma diferenciada a maneira pela qual as classes e seus segmentos pensam, sentem e agem a respeito da produção da saúde e das enfermidades. Isso implica que, para todos os grupos, será sempre de maneira específica e peculiar que um problema de saúde é vivenciado e produz complexa inte-

ração entre aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais. Culturalmente, as formas como a sociedade experimenta esses dois fenômenos (saúde e doença) estruturam e simbolizam as maneiras pelas quais ela enfrenta seu medo da morte e exorciza seus fantasmas.

##### 5. A antropologia contribui com formas de abordagem dos processos de saúde/doença

O quarto aspecto de contribuição relevante da antropologia se dá na abordagem metodológica. Embora existam, no campo disciplinar, diferentes teorias, métodos e desenhos antropológicos, na operacionalização empírica das pesquisas há elementos comuns e consagrados que podem guiar o pesquisador num trabalho de campo ou numa anamnese compreensiva. O modelo científico para compreensão do mundo social, do ponto de vista antropológico parte dos seguintes princípios: (a) **intersubjetividade**: estamos sempre em relação uns com os outros; (b) **compreensão**: para atingir o mundo do vivido, temos de entender as coisas e as realidades sociais como significativas; (c) **racionalidade e internacionalidade**: o mundo social é constituído sempre por ações e interações que obedecem a usos, costumes e regras ou que dizem respeito a meios, fins e resultados.

Por isso, o método antropológico (a) permite uma crítica ao pseudo-objetivismo da ciência, propondo a subjetividade como fundante do sentido; (b) dá relevância à subjetividade como sendo constitutiva do ser social e inerente ao âmbito da autocompreensão objetiva; (c) põe seu foco na experiência humana e no reconhecimento de que as realidades humanas são complexas; (d) mostra que é preciso valorizar relações e compreender as pessoas nos seus próprios contextos sociais; (e) enfatiza que a produção da "verdade sobre pessoas" se dá no encontro face a face e na empatia entre os interlocutores.

Mas a antropologia também trabalha com o conceito de objetividade, com a condição de entendermos que toda objetividade passa por uma construção subjetiva. Por isso, ela busca (a) explicitar a racionalidade dos contextos e a lógica interna dos diversos atores e grupos que estão sendo estudados; (b) apresentar análises dinâmicas da realidade; (c) evidenciando sempre que todos os seres humanos produzem significados, planejam, projetam o futuro; e (d) suas conclusões, embora nunca universalizáveis, permitem compreender contextos peculiares, produzir comparações e inferências mais abrangentes.

Quando trazemos o método antropológico para a área da saúde, entendemos que ele nos serve para compreendermos: (a) valores culturais e representações, opiniões e crenças sobre saúde e enfermidades, tanto biomédicos como tradicionais; (b) relações entre todos os componentes das equipes de saúde, os pacientes e os familiares; lógicas de instituições de saúde e de movimentos sociais específicos; e (c) avaliação de políticas, práticas, propostas, sistemas e modelos de atenção, desde o sentido de sua formulação, aplicação técnica, como a significância que os vários sujeitos lhes atribuem.

Se pensarmos, por exemplo, a relação entre um profissional de saúde e um paciente na situação de anamnese, os antropólogos o aconselhariam a acreditar na narrativa de seu interlocutor a respeito de sua situação como uma das versões de seu problema, uma vez que, como nos ensinou Lévi-Strauss, (a) há consistência lógica em suas expressões quando ele descreve o vivido, buscando trazê-lo para a ordem das significações; (b) existe possibilidade de mútua interpretação (do profissional de saúde e do paciente) compreensiva na construção do diálogo; e (c) seu relato tem base numa realidade empírica ou imaginária, mas efetiva para ele. Como diz o famoso teorema do antropólogo William Thomas: "Quando alguém define sua situação como real, ela é real em suas conseqüências" (1970, p. 48), pondo em evidência que um dos dilemas de quem trabalha com pessoas (como é o caso dos profissionais de saúde) é superar esquemas interpretativos formais e funcionalistas.

A antropologia ensinaria ainda aos profissionais de saúde que, metodologicamente, precisamos ouvir, primeiro, como nosso interlocutor *define sua situação*. Em segundo lugar, qual é sua *experiência biográfica*, lembrando que uma pessoa sempre está situada biograficamente no mundo da vida e é nesse contexto que pensa, sente e age. Em terceiro lugar, qual é seu *estoque de conhecimento* ou seja, qual é sua sedimentação de experiências e situações vivenciadas, a partir da qual ele interpreta o mundo e pauta sua ação. Em quarto lugar, a que o interlocutor dá *relevância* em sua fala, pois sua *estrutura de relevâncias* se relaciona à bagagem de conhecimentos e à sua situação biográfica.

Acreditando que seria possível uma relação entre diferentes que se respeitam na condição de profissional de saúde e paciente, a antropologia ressaltaria ainda que existe uma "reciprocidade de perspectiva, de comunicação, de comunidade de objetivos e de interpretação intersubjetiva" (Shultz, 1964, p. 300) sempre capaz de ocorrer na interlocução. Por isso *intersubjetividade* seria a categoria central da relação e das aná-

lises produzidas tanto na clínica como nos processos de prevenção e promoção. Se "aqui onde estou — lá onde meu semelhante está: jamais podemos estar no mesmo lugar, estar na mesma posição, estar os dois aqui ou lá" (1971, p. 147), mas existe uma situação de familiaridade criada por mecanismos institucionais e pessoais, sob a forma do "nós", permitindo a compreensão do outro como único em sua individualidade.

As citações acima podem ser enriquecidas ainda mais com a contribuição de outros autores como por exemplo, os vários trabalhos de Geertz (1978, 1983); Herzlich (1983); Herzlich & Pierret (1984); Kleinman (1878, 1980) dentre muitos que vêm confirmando e ampliando as teorias antropológicas aplicadas à compreensão de saúde e doença. Todos nos levam a concluir que existe uma ordem abrangente de significações culturais que informam o olhar lançado sobre o corpo que adoece e que morre. A linguagem da doença não é, somente, linguagem em relação ao corpo, mas linguagem que se dirige à sociedade e às relações sociais de forma histórica. Seja qual for a dinâmica efetiva do "ficar doente" no plano das representações, o indivíduo julga seu estado, não apenas por manifestações intrínsecas, mas a partir de seus efeitos: ele busca no médico (ou no correspondente a ele em cada sociedade) a legitimidade da definição de sua situação. Uma vez aceito e compreendido como doente, ele tem atitudes e comportamentos peculiares em relação a seu estado e assim se torna *doente para o outro*.

#### O QUE, EM GERAL, ATRAPALHA A RELAÇÃO DA ANTROPOLOGIA COM A ÁREA DE SAÚDE?

Acceptar as evidências de que as doenças não são somente entidades biológicas pois estão também vinculadas em graus diferenciados aos modos de vida, a ofertas pluralistas de tratamento e cura, à presença muito maior da sociedade no controle das intervenções médicas e epidemiológica tornam o campo da saúde muito mais aberto para receber a contribuição da antropologia. No entanto, é preciso evidenciar dois movimentos históricos que tendem outra vez a problematizar essa interação.

O primeiro vem da ideologia que acompanha o desenvolvimento da genética contemporânea e leva os cientistas ao retorno do sonho acalentado pelos bacteriologistas do fim do século XIX e início do século XX (Nunes, 1985). Nunes analisou, numa obra clássica, como a revolução científica ocasionada pelas descobertas da bacteriologia le-

vou a medicina a se orientar por uma reflexão negadora da questão social. A ideologia criada em torno dessas novas descobertas passou a ser ponto de referência da medicina ocidental: (1) um "combate" (observe-se o termo militarista!) efetivo das doenças agudas, por meio da imunização e do tratamento; (2) centralização das ações referentes a doenças biologicamente definidas; (3) otimismo em relação à erradicação de doenças; (4) e reorganização do ensino médico a partir do campo biológico apenas (Nunes, 1985).

É claro que o avanço científico propiciado pela bacteriologia foi e é importante para a humanidade. A questão que colocamos para reflexão no plano das idéias e das práticas é a postergação dos fatores econômicos, sociais, culturais e subjetivos na construção das enfermidades e na promoção da saúde, reduzindo esses fenômenos a entidades ou processos biológicos apenas, deixando para trás uma longa tradição da medicina social que mostrou pleno vigor na metade do século XIX. Hoje, a fragmentação produzida pelo reducionismo biomédico leva a que, dentro de um hospital, se reduza uma pessoa doente quase que unicamente a seu corpo, simples objeto de manipulação e de intervenções. Em contraposição, na maioria dos países, durante o século XX e sob o patrocínio da Organização Mundial da Saúde, desenvolveu-se a saúde pública/saúde coletiva fundamentada na compreensão das condições, situações e estilos de vida.

Outra vez, desde o final do século XX, estamos sendo confrontados pelas tentativas de pensar saúde como um processo biologicamente determinado apenas. Essa ideologia emergente foi pesquisada pelo antropólogo francês Lucien Sfez (1997) que produziu um estudo sobre as representações de saúde e doença na sociedade americana, japonesa e francesa contemporâneas. Esse autor constatou uma tendência que chega ao auge na sociedade americana de construção de um paradigma utópico e prático de *saúde perfeita*, amparado nos avanços da biologia, do ambiente puro e das tecnologias de produção de medicamentos denominados de quarta geração. Sfez (1997) ressalta esse projeto está sendo construído por uma elite científica e tecnológica, sob os auspícios de poderosos interesses econômicos e financeiros. Ocorre num momento de extraordinário avanço científico na área da biologia e, especificamente, da genética, que faz sinergia com poderosas companhias de seguro e da indústria da saúde. O nicho de investimento nessas pesquisas produziu um verdadeiro mito de consecução da *saúde perfeita* pela *predição genética* (com o propósito de substituir o conceito de *prevenção de doenças*), como se fosse possível substituir a vontade, o

desejo e as ações humanas por artefatos tecnológicos. Esse mito tem sido problematizado por autores importantes da própria área da biologia como Henry Atlan em *L'Uterus Artificiel* (2005) e também pela ficção científica em filmes onde o biopoder é significado no mito do cyborg idealizado por Donna Haraway ou em *Gattaca* em que os corpos parecem rendidos pelas tecnologias que os circundam. Embora o ideal do biopoder sejam corpos iguais e perfeitos, em *Gattaca* o herói da perfeição conquistada é justamente representado por aquele que foi fadado ao fracasso pelas predições genéticas.

Existe um projeto utópico, diz Sfez (1997), que tenta combinar uma concepção ecológica próxima a moral puritana com a idéia de saúde individual garantida geneticamente, redefinindo o conceito de saúde pública como a soma das saúdes individuais perfeitamente equilibradas pelo poder tecnológico. Esse movimento de elites que se apoia no mito da imortalidade, potencializado pela sinergia entre o medo da morte, a fé na ciência e nas técnicas, o ideal da eterna juventude e os reais avanços da genômica.

O segundo movimento que tende a eliminar o sujeito histórico situado na área da saúde é o do tecnicismo da clínica e da epidemiologia, cujo refinamento cria ilusão da verdade dos números, dos dados e dos modelos. Faltam-lhes "a carne, o osso e a alma da vida social" (Malinowski, 1978, p. 29). Vários antropólogos e sociólogos vêm denunciando essa tendência tecnicista de muitas áreas do conhecimento. Na área da saúde, os arroubos de evidenciar verdades e objetividade se esquecem das perguntas fundamentais e de situar os problemas das pessoas nas dinâmicas de seus contextos, de suas vidas, de suas relações e representações. Por causa disso, os estudos tecnicistas acumulam dados sobre a realidade, tratam enfermidades como entes externos aos pacientes que as sofrem, diminuindo a eficácia dos contatos humanos necessários na área da saúde. Como bem referiu Malinowski na citação que reproduzimos acima ou expressou Lévi-Strauss, ao dizer que é preciso fazer "Sociologia [antropologia] de carne e osso que mostra os homens engajados no seu próprio devir histórico e instalados em seu espaço geográfico concreto" (1963, p. 212).

Um terceiro aspecto que dificulta a inter-relação entre saúde e antropologia vem dos próprios antropólogos. Primeiro, por muitas vezes professarem uma reflexão muito fechada, o que dificulta o acesso dos profissionais de saúde a seus achados e contribuições. Mas a maior dificuldade é assim nomeada por Raynaut:

Como conseguir que as ciências psicológicas e sociais admitam que o ser humano não é constituído somente de um espírito, mas também de um corpo. Como conseguir que elas admitam que também as sociedades humanas não podem ser analisadas apenas em sua dimensão cultural, levando unicamente em conta suas representações, seus modelos de comportamento, o modo como elas organizam as relações entre seus membros? Como conseguir que as ciências humanas integrem essa evidência de que os sistemas sociais só existem porque se arraigam em uma realidade biológica: a dos corpos e a dos membros? (Raynaut, 2002, pp. 43-4).

As palavras de Raynaut (2002) chamam atenção para o risco da onipotência próprio da unidisciplinaridade. Uma das dificuldades relacionais entre profissionais da saúde e antropólogos é a tentação, desses últimos, de transformar a medicina e as atividades da saúde num discurso. Quando isso é feito, efetiva-se um menosprezo das ciências sociais pela técnica, essa arte da prática que faz o ser humano recriar a natureza. As análises das concepções de saúde e doença como fatos sociais apenas, desconhecendo a essência biológica dos fenômenos produzem a mesma leitura reducionista que a medicina faz dos fenômenos sociais, às avessas. Para que possa interagir em parceria, a antropologia da saúde contemporânea deve sentir-se desafiada pelas críticas dos epidemiologistas e dos clínicos (Raynaut, p. 2002), admitindo teoricamente (pois na prática os antropólogos sabem e sentem) que o ser humano é constituído de espírito e de corpo e que as totalidades sociais se fundamentam na realidade biológica dos corpos. Tal advertência pareceria óbvia, se não fosse a proliferação de um tipo de produção científica que faz uso ingente de modelos fenomenológicos, interacionistas simbólicos e construcionistas, transformando a fala das pessoas na verdade sobre seus problemas. Os estudiosos que praticam tais formas de abordagem de forma superficial ou reduzida, analisam representações, relações e construções sociais de situações de saúde e de doença como se elas contivessem toda a totalidade, provocando descrédito das áreas médicas e da epidemiologia quanto à necessidade, procedência e cientificidade de seus achados.

É preciso ressaltar que nas interpretações dos fenômenos saúde/doença, os antropólogos entram como um dos "leitores da realidade" e que, dentro do modelo hegeinônico, predomina a "leitura biomédica". A legitimação dos achados antropológicos pela biomedicina com todas as suas ramificações, e vice-versa, ocorre como uma espécie de acordo

tácito entre atores, instituições, práticas, relações e idéias. Da parte da antropologia esse acordo se expressa no respeito ao papel importante e insubstituível da medicina científica na sociedade contemporânea. E da parte da biomedicina, pela aceitação e valorização da idéia de que a população, seja a que só utiliza os serviços de assistência de saúde pública e médica, seja a que utiliza formas combinadas de tratamento, seja a que só utiliza terapêutica alternativa ou tradicional, tem racionalidade. Em consequência, quando se aproximam de formas colaborativas, ambos os lados consideram que lógicas e contribuições variadas e plurais devem ser integradas nas estratégias políticas, de gestão, de diagnósticos e nas terapêuticas. Entendendo que a área da saúde é um campo pluridisciplinar em disputa de poder e de legitimação (Bourdieu, 1989), entre o paradigma médico (hegemônico para todas as profissões das ciências da saúde) e a antropologia existirão sempre relações possíveis: complementares, conflituosas ou de negação, dependendo dos contextos, problemas e atores em interação.

#### A ANTROPOLOGIA DA SAÚDE NO BRASIL CONTEXTUALIZADA NO ESPAÇO INTERNACIONAL

A pouca diferença entre as análises feitas por sociólogos ou antropólogos no Brasil evidencia que não podemos reconhecer diferenças epistemológicas marcantes entre os dois campos das ciências sociais. Quando existem diferenças marcantes, essas são devidas mais a trajetórias profissionais dos cientistas sociais do que a limites disciplinares. Dizendo isso para não correr o risco de classificar de forma equivocada a produção científica, consideramos que a antropologia é hoje uma das disciplinas mais dinâmicas que compõem o campo da saúde coletiva no Brasil. Não só por sua notável produção bibliográfica como por sua contribuição ao pensamento da saúde coletiva.

Também, para desfazer equívocos, usaremos a expressão *antropologia da saúde* para tratar do campo, preferindo-a a *antropologia médica* por dois motivos.<sup>1</sup> O primeiro, vem de razões práticas: *antropologia da saúde*

<sup>1</sup> A expressão *antropologia médica* vem de uma tradição de pesquisa anglo-saxônica atuando diretamente no campo da biomedicina e das terapêuticas tradicionais, de preferência em países da Ásia, da África e da América Latina. No Brasil foi bastante usada por antropólogos da saúde formados na Inglaterra e nos Estados Unidos. Menendez (1988) analisou a crítica feita à antropologia médica americana realizada na América Latina. (a) domínio de enfoques microssociológicos; (b) isolamento das análises sobre saúde/doença no contexto comunitário, sem referência às condições socioeconômicas

está sendo cada vez mais usado em livros e eventos no País. O segundo argumento é epistemológico: os trabalhos realizados no Brasil abrangem um conjunto de temas que ultrapassa a categoria "médica", incluindo abordagens de prevenção, de promoção e de qualidade de vida.

A área da antropologia da saúde no Brasil é muito jovem e seu desenvolvimento vem ocorrendo num tempo de acelerada transição no campo político, social, econômico, demográfico e epidemiológico. Tais mudanças acontecem em todas as áreas e algumas têm sido cruciais para o setor saúde: crescimento de enfermidades de origem não infecciosa e de etiologia incerta; aumento das proporções de doenças não transmissíveis no perfil de morbimortalidade; acirramento dos problemas sociais, sobretudo marcados pela veloz urbanização; eclosão de novas questões de saúde dos trabalhadores, resultante da reestruturação produtiva e vinculação cada vez mais estreita do novo quadro de problemas de saúde com estilos, modos e condições de vida.

Complexificaram-se as demandas da sociedade para o setor saúde. O acelerado envelhecimento da população passou a ter forte impacto nos serviços de atenção. Aumentou o número de categorias profissionais necessárias para atender às necessidades de qualidade de vida das populações. Concomitantemente vêm ocorrendo inovações e mudanças no modelo médico assistencial, deslocando a velha proposta hospitalocêntrica e dando lugar a um paradigma de atenção universalizada, por força da lei que criou o Sistema Único de Saúde e por meio de estratégias como "Saúde da Família".

Ao mesmo tempo que se vai produzindo uma transição dos agravos à saúde e das lentas respostas políticas e de gestão do sistema público, cresceram e se aprofundaram a descrença e a crítica da população à prática médica que lhe é oferecida e como lhe é oferecida, apesar do incremento das especializações. Numa relação complexa com as múltiplas transições em seus estágios e combinações específicas nos níveis socioeconômicos, políticos e tecnológicos são afetadas a vida cotidiana, as relações e as representações e práticas da sociedade no que concerne aos processos de saúde/doença.

---

e culturais; (c) visão dicotômica do tradicional/científico, (d) omissão de análise do sistema de saúde oficial que opera nas áreas tradicionais, focalizando-se em estudos do sistema tradicional, (e) foco em populações marginalizadas, numa visão desconectada das condições de saúde/doença e atenção médica que operam no conjunto das classes sociais. Por sua vez, a expressão *antropologia da saúde* tem origem francesa e trabalha com um marco referencial mais amplo e contextualizado.

Diferentemente do caso brasileiro, na América Latina, a contribuição dos antropólogos para compreender o tema da saúde vem desde a década de 1920 do século passado, numa trajetória ascendente dos anos 1940 aos 1960 e declínio a partir de então. Nunes (2003) lembra que também na América Central, desde os anos 20 do século XX, se registra vasta produção antropológica sobre questões da medicina tradicional. Em todo o continente as pesquisas abrangeram temas como enfermidades, terapias nativas, saúde mental, alcoolismo, problemas nutricionais, gravidez, parto, puerpério dentre outros, em populações camponesas e indígenas, dentro de uma linha da etnomedicina (Menéndez, 1998). México, Peru e Colômbia concentraram os estudos realizados na América Latina, notadamente por americanos do norte.

Foster (1968, 1977), considerado um dos pais fundadores da antropologia médica latino-americana, aprofundou uma reflexão crítica sobre essa produção, ao considerar estereótipos que foram construídos pelos pesquisadores de então. Esses estereótipos se tornaram saber consagrado, convertendo-se em reais obstáculos teóricos e práticos na aplicação dos programas do setor. Dentre esses mitos Foster assinalou: (a) a ideia de que a medicina tradicional seja integral e que a medicina moderna só leve em conta a doença; (b) a crença de que entre os povos primitivos há apenas duas categorias de enfermidades: as que o médico pode curar e as populares que os médicos se recusam a reconhecer; (c) os curandeiros são sempre pessoas de idade avançada, respeitadas na comunidade e, por isso devem ser integradas na atenção primária; (d) todos os médicos que trabalham em áreas populares, ignoram as pessoas e seu saber tradicional, tendo problemas de comunicação com os pacientes.

Apesar das críticas, a maioria delas feita pelos próprios antropólogos, precisamos ressaltar a contribuição positiva da antropologia médica na América Latina. Pois que veio corroborar achados importantes dos antropólogos clássicos, citados na primeira parte deste estudo em vários sentidos: (a) validando os sistemas terapêuticos nativos; (b) evidenciando a eficácia simbólica das estratégias terapêuticas tradicionais; (c) mostrando que existe relação entre esses sistemas e o sistema social como um todo; (d) ressaltando que há distinção e combinação entre doenças tradicionais e enfermidades classificadas pelo sistema biomédico; (e) sistematizando e qualificando críticas e queixas das populações à atenção médica oficial; (f) revelando que é válido o uso de recursos tradicionais onde falta a medicina oficial; e (g) confirmando a compreensão de saúde/doença como fenômenos que não podem ser

explicados apenas como processos biológicos, pois estão relacionados aos jogos de relações sociais e ideológicas que, junto com as causas biológicas, as constituem na forma em que se apresentam (Menéndez, 1998).

Assim, apesar dos quadros teóricos funcionalistas e frequentemente descontextualizados, a antropologia latino-americana evidenciou (a) a importância e a legitimidade da racionalidade cultural e social dos grupos e das populações estudadas; (b) a relevância das estratégias populares que implicam a construção de um saber coletivo sobre a saúde e sobre a doença; (c) a conveniência de tratar os arranjos familiares e comunitários como primeiros níveis de atenção; (d) a importância da apropriação, pelas classes populares e pelo conjunto das classes, do saber e da prática médica; (e) a incidência na saúde e na doença dos mecanismos de reciprocidade e de desigualdade social; (f) a necessidade de controle social sobre práticas médicas e instituições de saúde.

Não podemos perder de vista que a construção da antropologia "médica ou da saúde" nos países europeus e americanos do norte continua a ocorrer. Essa ciência é praticada em departamentos de saúde internacional das universidades, em que os antropólogos estudam não os problemas de seus países e sim as questões de saúde/doença dos países da Ásia, África e América Latina. As sutis diferenças entre americanos e europeus, que se encontravam nas origens dos desenvolvimentos disciplinares vão se diluindo cada vez mais nas cátedras de antropologia que enfocam saúde. Os temas abordados nesses fóruns também dão continuidade aos assuntos tradicionais, abrangendo relações médico-pacientes, universos simbólicos que cercam os fenômenos da vida, da morte e do adoecer e processos de cura, articulados aos aspectos clínicos, epidemiológicos e de planejamento do setor (Gürsoy, 2005), como há bastante tempo evidenciaram Firth (1978) e Cammaroff (1978).

No Brasil, há alguns trabalhos que se podem considerar pré-históricos na antropologia. Nunes (2003) cita dois antropólogos americanos importantes, Charley Wagley que aqui estava desde 1939 e a convite do Museu Nacional realizou estudos na região amazônica precedendo à instalação do serviço especial de saúde pública. Esse estudo permaneceu na Amazônia até 1946. Na década de 1950, Kalervo Oberg realizou pesquisas sobre comunidades em vários estados brasileiros, a pedido do serviço especial de saúde pública do Instituto de Assuntos Americanos, visando a subsidiar o planejamento de programas de saúde. Mas a antropologia brasileira no campo da saúde foi menos explorada por antropólogos estrangeiros e possui importantes especificidades que enumeramos a seguir:

1. Primeiro, muito tardiamente os antropólogos se fizeram presentes nas pesquisas e intervenções da área da saúde. Fora os dois antropólogos estrangeiros registrados por Nunes (2003), antes dos anos 1950, nada há sistematizado sobre o assunto até a década de 70 do século XX quando já encontramos alguns poucos trabalhos. A partir dos anos 1980 as pesquisas se incrementaram e, nos anos 90 da década que findou, a produção foi atingindo seu auge. Nessa primeira década do século XXI a produção antropológica da saúde tende a se ampliar mais ainda, incorporando um segunda e terceira geração de pesquisadores formados por universidades e centros de pesquisa brasileiros.

2. Diferentemente dos Estados Unidos, onde a Antropologia Médica constituiu-se num dos grupos mais produtivos no interior do campo da Antropologia *stricto sensu*, em nosso País, até muito recentemente, a saúde nunca foi considerada tema de interesse dos cursos de antropologia das universidades.

3. A antropologia da saúde no Brasil nasceu dentro e sob os influências do denominado Movimento Sanitário, num tempo histórico de politização do conceito de universalização dos direitos à saúde. E vem se desenvolvendo no ambiente pluridisciplinar da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) junto com várias disciplinas que configuram o campo da saúde, como a epidemiologia e as outras modalidades das ciências sociais (sociologia e ciências políticas). Por isso ela não se constituiu de forma subsidiária ou subordinada à medicina. Ao contrário, vem se consolidando como elemento disciplinar estratégico das análises de saúde, aportando conceitos, teorias e métodos, compreensão de comportamentos, práticas, representações, percepções e relações ante doenças específicas, programas de atenção, de prevenção e de promoção, uma vez que todos esses fenômenos sociais são parte integrante das vivências sociais.

4. Os estudos abrangem grupos sociais das três estruturas populacionais mais importantes do País: populações indígenas, rurais e urbanas, criando-se assim uma universalização, na saúde coletiva, de conhecimentos básicos oriundos da disciplina.

5. Os temas específicos da antropologia se inserem nas relevâncias estabelecidas pela área da saúde coletiva, contribuindo com a epidemiologia, com a clínica e com as atividades de promoção e prevenção, tendo um caráter estratégico fortemente associado à intervenção.

6. Os antropólogos do setor, com formação *stricto sensu*, fizeram concurso ou foram contratados, em geral, para comporem equipes nos programas de pós-graduação e de pesquisa em saúde coletiva. E são

eles que, por razões de vinculação nos processos de formação profissionais ou por necessidade de se apropriarem de reflexões básicas, vêm articulando parcerias com importantes antropólogos *stricto sensu*, radicados nos programas de antropologia das universidades nacionais e internacionais. Essa interação cada vez mais próxima e frutífera, tem permitido inegável enriquecimento mútuo.

7. No seu movimento de construção do campo tanto no sentido acadêmico como de poder a antropologia se infiltrou nas instituições de saúde coletiva tanto as científicas quanto as de gestão de políticas (Ministério e secretarias da Saúde, principalmente) e foi tecendo relações de mútua valorização profissional. É bem verdade que seria incorreto colocar a antropologia da saúde apenas como protagonista desse movimento, pois freqüentemente e de forma desafiante, ela é acionada para comparecer com seu legado na compreensão e na interpretação de enfermidades, cuja prevenção e controle dependem mais da colaboração dos cidadãos do que dos medicamentos receitados pelos médicos.

Consideramos que a antropologia da saúde no Brasil tende a um processo de maturação, impulsionada por vários fatores favoráveis e convergentes:

1. Consolidação e ampliação das pós-graduações em saúde coletiva/pública/medicina preventiva, demandando conhecimentos básicos e produzidos por meio de investigações que façam intercessão entre os fatores biológicos e sociais que atuam na produção das enfermidades e da saúde.

2. Articulação cada vez mais intensa entre grupos de pesquisa de antropologia *stricto sensu* e dos que visam a especificidade da antropologia da saúde.

3. Aumento do número de publicação individuais e de coletâneas, juntando contribuições de antropólogos que pesquisam nos diferentes espaços acadêmicos e unidades da federação, o que impulsiona a reflexão e a crítica interpares.

4. Demanda cada vez mais crescente das diferentes instâncias de produção de conhecimento e de gestão do setor saúde, por causa das características contemporâneas dos problemas e agravos fortemente vinculados a condições, situações e estilos de vida.

Em relação à alínea 4 a antropologia da saúde tem um desafio fundamental de entender saúde, acima de tudo como *bem da sociedade*, sempre em construção e, como um conjunto de ações que os cidadãos constroem para serem saudáveis. É a partir desse entendimento que conseguirá relativizar o peso da hegemonia biomédica. Nesse caso, seu

papel é restituir aos fenômenos biológicos, sua verdadeira natureza social, destruindo a indevida naturalização empreendida pela ciência, sobretudo pela biologia e pela medicina.

#### DIVERSIDADE DA PRODUÇÃO EM ANTROPOLOGIA DA SAÚDE NO BRASIL

Estabeleceremos aqui uma diferenciação interna da produção antropológica brasileira, criando uma classificação de quatro nichos ou movimentos complementares e em permanente interação, colaboração, contradições e conflitos.

1. O primeiro é povoado por antropólogos *stricto sensu* e antropólogos da saúde. A ênfase das pesquisas desse conjunto de cientistas é na antropologia enquanto disciplina *stricto sensu*, cujo foco são grupos populacionais como totalidades sociais, contendo cosmologias e lógicas próprias. É o universo da produção de investigações básicas de tradição típica da área antropológica, na qual as questões de saúde e de enfermidades fazem parte de um universo complexo de relações sociais e culturais. É necessário ressaltar que, dentro dos próprios nichos de saúde coletiva, têm sido produzidos trabalhos que podem ser considerados antropológicos em seu sentido mais genuíno, constituindo-se como ponto de referência teórico-metodológico para o setor.

A articulação desse grupo com os profissionais que atuam nos departamentos de saúde coletiva passaram a ocorrer cada vez mais frequentemente por demandas recíprocas, na produção de investigações compartilhadas, participações em orientações de estudantes e bancas de teses, seminários, simpósios e congressos. Além do espaço da Abrasco, há um grupo temático que trata da antropologia da saúde na Anpocs (Associação Nacional de Pós-Graduação em Ciências Sociais) e também na ABA (Associação Brasileira de Antropologia). Nesse conjunto de espaços vai se consolidando o diálogo entre os antropólogos *stricto sensu* e os antropólogos da saúde.

2. Consideramos como segundo nicho o que é composto pelos antropólogos que atuam no setor específico da saúde, tentando adaptar-se aos tempos, ritmos e lógicas muito mais velozes e práticos do campo sanitário do que o da antropologia *stricto sensu*. Conceituamos os estudos desse grupo como *estratégicos*, utilizando-nos do conceito de Bulmer (1987). Bulmer define pesquisa estratégica a que é construída para iluminar determinados aspectos da realidade com o propósito de subsidiar políticas públicas. Esses antropólogos da saúde investigam

no contexto dos cursos de pós-graduação e nos núcleos de pesquisa dos departamentos, escolas e institutos de Saúde Coletiva/Saúde Pública e de Medicina Preventiva. Todos orientam estudantes médicos ou das profissões de saúde e costumam combinar desafios teóricos e práticos da biomedicina, da questão social e, cada vez mais, da questão ambiental, bebendo na fonte da antropologia clássica e fazendo uma vinculação de seus achados com problemas específicos do setor. Geralmente, nos espaços de saúde coletiva se exercitam e se reafirmam atividades multiprofissionais e interdisciplinares. É a partir dessa perspectiva que reside a maior originalidade desse nicho.

A contribuição das investigações que se abrem para várias abordagens, triangulando perspectivas, costuma incidir na discussão da articulação de métodos e técnicas para estudar realidades complexas. Muitos antropólogos da saúde, mesmo quando produzem investigações estratégicas, no entanto, atuam de forma unidisciplinar, o que me levou a separar em nicho específico os que buscam articular o olhar antropológico com o de outras disciplinas que compõem o campo da saúde coletiva.

3. Num terceiro conjunto, localizamos os antropólogos que não só atuam em departamentos pluridisciplinares, mas vêm produzindo abordagens interdisciplinares que supõem trabalhos conjuntos com outros pesquisadores da área da saúde como médicos, epidemiologistas, psicólogos, odontólogos, nutricionais e outros. No interior dessa contribuição existe o entendimento de que a antropologia não pode dispensar a compreensão intrínseca aos objetos que estuda, limitando-se à produção discursiva das representações. Pelo contrário, precisa abranger, para realizar um diálogo frutífero com a medicina ou com a epidemiologia, a totalidade do fenômeno saúde e doença. Assim, os estudos estratégicos interdisciplinares incluem uma condição importantíssima para a discussão que estamos travando: a articulação entre natureza e cultura e entre ciência e técnica, vistas em seu movimento interativo por meio do qual o ser humano cria e cria-se a si mesmo; cria seus meios de viver e o pensamento inscrito nesses meios. Esses *objetos híbridos* (Latour, 1994) construídos intelectualmente dizem respeito a todo o universo de atuação do setor: compreensão das situações dos sujeitos, dos atores e das questões de saúde. Fruto da experiência, os investigadores que assim trabalham podem já afirmar que na aproximação de várias áreas êxito só são conseguidos (a) se há uma disposição de colaboração entre os plurais pesquisadores; (b) se existe uma abertura dos vários investigadores para discutirem pontos de intercessão entre

os diferentes campos; e (c) se existe uma competência comprovada disciplinar de cada um deles, pois a interação supõe diálogo sobre conceitos, teorias e métodos.

4. Consideramos como quarto nicho de produção da antropologia, o que é formado por profissionais de outras áreas (geralmente, médicos, enfermeiros(as), assistentes sociais, psicólogos(as), nutricionistas e outros) que se apropriam parcialmente das teorias, métodos e instrumentos da antropologia para iluminar seus objetos de trabalho, sem contudo visarem a atingir uma visão aprofundada da disciplina. Este é o universo dos chamados "estudos qualitativos". Apesar da forma reduzida e fragmentada de apropriação da disciplina, esses profissionais de saúde são muito importantes para o desenvolvimento da área, pois num movimento complexo e recursivo de troca de saberes é aí que se constroem os elementos teóricos e metodológicos básicos para a inclusão da questão social como inerente ao fenômeno da saúde e do adoecimento. Em consequência, é nesse nicho que se cria a legitimidade da antropologia no competitivo campo discursivo do modelo médico, sob o olhar das instituições, dos gestores e dos profissionais do setor, demandantes da presença dela nas análises das realidades sanitárias.

Os espaços privilegiados desse quarto nicho são os cursos de pós-graduação *stricto e lato sensu*, nos quais os antropólogos exercem o papel de orientadores da reflexão e divulgadores, sem visar, contudo, reproduzir o rigor da formação antropológica. Hoje, multiplicam-se estudos de cunho operacional e estratégico na área da saúde, realizados por pessoas de outras profissões treinadas por antropólogos. Digamos que este é um espaço privilegiado de encontro criado pelos atores do setor saúde (sobretudo pelos da saúde coletiva) para se aproximarem das abordagens compreensivas e, dos antropólogos, para se aproximarem das temáticas específicas da área. Nesses encontros de diferentes que se complementam, existe uma profícua troca de saberes e práticas que não pode ser desdenhada, pois geralmente ela visa humanizar a saúde pública e a medicina e buscar respostas para a crise do modelo hegemônico.

Falar do sucesso da contribuição das Ciências Sociais no Brasil e, por inclusão, da antropologia não exclui reconhecer a tensão e o caráter problemático da sua integração na área da saúde coletiva. Essa situação sempre existe quando tratamos de interação entre disciplinas com lógicas, histórias, formas de produção e propostas diferenciadas. Por isso, queremos esclarecer que, ao construir essas classificações visando qualificar e diferenciar a produção da antropologia da saúde, atuamos

para positivar cada uma delas. Devemos ressaltar, porém, que não estamos nos referindo a espaços e atores estanques. A produção científica, artesanal que é, evidencia o papel dos autores na sua elaboração e na sua capacidade individual de apropriação da tradição disciplinar da antropologia.

## CONCLUSÕES

Tentamos ao final resumir o que considero o espaço de contribuição da antropologia da saúde. Do ponto de vista conceitual, evidenciamos que a antropologia da saúde dá relevância às várias ordens de significações culturais sobre saúde/doença, informando sobre: (a) visão do mundo; (b) atitudes coletivas em face da infelicidade dominadora; (c) a "idéia de mal" que se personaliza na doença e significa o rompimento do ser humano com limites dados pelas regras e normas da sociedade freqüentemente traduzidas em códigos morais ou religiosos; (d) o corpo saudável, símbolo de felicidade. É sobre o corpo doente, como espaço do "horrrível" que se mostra, simbolizando o sentimento de infelicidade e de alienação, do não resolvido, do incompreensível e do precário na sociedade (Minayo, 2004).

No concerto das disciplinas, a prática e as técnicas antropológicas têm o papel de: (a) questionar as teses que consideram as enfermidades apenas como entidades biológicas ou as populações como conjuntos estruturados que funcionam com regularidades a-históricas; (b) evidenciar que as pessoas, grupos e sociedades vivem em movimento, relações e significados; (c) relativizar o absolutismo ou reducionismo das teorias e práticas clínicas oferecendo-lhes a possibilidade de compreender que o doente não é apenas um corpo disfuncional e que sua saúde não é simplesmente a ausência de enfermidades. Antes de tudo, o profissional de saúde está ante uma pessoa que pensa, sente, interpreta e "vive tanto de afetos e fantasmas como de alimentos materiais" (Raynaut, 2002, p. 43); (d) Ressaltar nos processos de atenção, prevenção e de promoção que é preciso compreender a lógica interna dos plurais e diferentes grupos sociais para "desnaturalizar" e "ressignificar" os estereótipos culturais.

Buscamos, também, evidenciar que a constituição do campo da antropologia da saúde no Brasil se realiza pela contribuição de vários influxos. Do ponto de vista histórico, pelas relações políticas, sociais e ideológicas que contextualizam seu nascimento, pelo espaço que consegue criar na dinamicidade das instituições e pelos atores que catalisa

para conformar-se. A partir de uma perspectiva teórica, observamos que esse segmento disciplinar se situa no interior da antropologia clássica bebendo conceitos estruturantes e se organiza em articulação com o desenvolvimento internacional na área. No que concerne a seu desenvolvimento nacional, tentamos argumentar que a antropologia da saúde no Brasil é dinâmica, florescente, e se constitui com várias peculiaridades, porém sempre em diálogo com o que está sendo construído no campo da saúde e no âmbito da antropologia, nacional e internacionalmente.

Finalmente, no conjunto da praxis da saúde, consideramos que demos ênfase ao fato incontestável de que a vivência tanto da saúde como da doença produz efeitos no corpo e também no imaginário: ambos são reais em seus efeitos e consequências. Essa compreensão, se aceita, ajuda os responsáveis por ações clínicas, técnicas, de tratamento, de prevenção e promoção ou de planejamento a levarem em conta valores, atitudes e crenças das pessoas, e não apenas aspectos técnicos de suas intervenções. Ao ampliar suas bases conceituais incluindo a contribuição da antropologia como um dos seus elementos constitutivos, as ciências da saúde não se tornam menos científicas, pelo contrário, aproximam-se com maior abrangência e profundidade dos contornos reais dos fenômenos que abarcam.

#### REFERÊNCIAS

- Atlan, H. *L'uterus artificiel*. Paris: Seuil, 2005.
- Boltanski, L. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- Bourdieu, P. *O poder simbólico*. São Paulo: Difel, 1989.
- Briceno-León, R. *La casa enferma*. Caracas: Capriles, 1990.
- Bulmer, M. *Research Methods in Social Policy*. Londres: Oxford University, 1987.
- Camaroff, J. Medicine and Culture: Some Anthropological Perspectives. *Social Sciences and Medicine*, 12B, pp. 247-54, 1978.
- Douglas, M. *Pureza e perigo*. São Paulo: Perspectiva, 1970.
- Firth, R. Social Anthropology and Medicine: a Personal Perspective. *Social Sciences and Medicine*, 12B, pp. 237-45, 1978.
- Foster, G. Comentários. In: R. Badgley (org.). *Ciencias Sociales y planeación en salud*. Milbank Memorial, vol. XLVI, parte 2, pp. 181-5, 1968.
- Medical Anthropology and International Health Planning. *Social Sciences and medicine*, 11, pp. 527-34, 1977.
- Geertz, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- *Local Knowledge*. Nova York: Basic Books, 1983.

- Gürsoy, Akile. Foreword and Acknowledgements. In: World Congress in Health Challenges of the Third Millennium, 1, 2005, Istanbul/Turkey. *Anais...* pp. 1-8. Istanbul/Turquia: IFSS11, 2005.
- Herzlich, C. *Santé et maladie*. Paris-La Haye: Mouton, 1983.
- Herzlich, C. & P. Janine. *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*. Paris: Payot, 1984.
- Kleinman, A. Concepts and Models for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems. *Social Sciences and Medicine*, B12, pp. 85-93, 1978.
- . *Patients and Healers in the Context of Cultures. An Exploration of Borderland between Anthropology and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press, 1980.
- Latour, B. *Jamais fomos modernos*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.
- Lévi-Strauss, C. Introduction à l'oeuvre de Marcel Mauss. In: *Marcel Mauss: sociologie et anthropologie*, pp. 1-XXX. Paris: PUF, 1950.
- . *Structural Anthropology*. Nova York: Basic Books, 1963.
- . *O pensamento selvagem*. Campinas: Papyrus, 1989.
- Malinowski, B. *Malinowski*. São Paulo: Abril Cultural, 1978.
- Mauss, M. *Sociologie et anthropologie*. Paris: Presses Universitaires de France, 1950.
- Menéndez, E. L. Antropologia médica e epidemiologia: processo de convergência ou processo de medicalização? In: P. C. Alves & M. C. M. Rabello (org.). *Antropologia da saúde: traçando identidades e explorando fronteiras*, pp. 71-93. Rio de Janeiro: Fiocruz-Relume Dumará, 1998.
- Minayo, M. C. S. *O desafio do conhecimento*. 8.ª ed. São Paulo: Ilucitec, 2004.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Perfil das doenças não transmissíveis no Brasil*. Apresentação em seminário de planejamento de ações em saúde. Brasília: MS/SVS, 2005.
- Nunes, E. D. *As ciências sociais e saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Washington: Opas, 1985.
- . *Ciências sociais em saúde: um panorama geral*. In: P. Goldenberg, R. C. Marsiglia & M. H. A. Gomes (org.). *O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*, pp. 57-74. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- Radcliffe-Brown, A. R. O método comparativo em antropologia social. In: Melatti, J. C. (org.). *Radcliffe Brown: antropologia*. São Paulo: Ática, 1978.
- Raynaut, C. Interdisciplinaridade e promoção da saúde: o papel da antropologia. Algumas idéias simples a partir de experiências atri-

canas e brasileiras. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 5 (supl. 1), 2002.

Sfez, L. *La santé parfaite. Critique d'une nouvelle utopie*. Paris: Seuil, 1997.

Schutz, A. *Equality and the Social Meaning Structure*. Collected Papers II. The Hague: Martinus Nijhoff, 1964.

Thomas, W. I. *The Definition of the Situation*. In: *Social Theory*. 3.ª ed. Nova York: Macmillan, 1970.

#### BIBLIOGRAFIA COMENTADA SOBRE ANTROPOLOGIA DA SAÚDE

Alves, P. & M. C. S. Minayo (org.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

*Este livro se constitui numa coletânea de textos de importantes antropólogos brasileiros sobre trajetórias de pacientes na busca de cura; conceitos de cura na cultura popular; interpretações sobre enfermidades e análises sobre medicina e xamanismo. Esta foi a primeira obra que reuniu o pensamento ainda bastante difuso desse grupo de cientistas sob o título antropologia da saúde. Os textos estão escritos em linguagem clara, permitindo aos leitores não antropólogos uma aproximação compreensiva aos temas.*

Alves, P. C. & M. C. Rabelo (org.). *Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Fiocruz-Relume Dumará, 1998.

*O objetivo dessa obra é definir e problematizar os limites e as fronteiras da Antropologia da Saúde, num momento em que a área está buscando firmar sua identidade e dialogar com outros saberes, sobretudo os da área da saúde. Todos os capítulos apontam para peculiaridades que aproximam e diferenciam o olhar antropológico sobre a realidade da saúde e da doença. Expondo ao leitor os caminhos de construção desse campo do saber, a coletânea apresenta duas estratégias básicas: uma voltada para o exame teórico-metodológico dos fundamentos da disciplina e outra, para a análise do campo a partir de trabalhos empíricos e etnográficos. São textos essenciais para estudantes, pesquisadores e professores.*

Rabelo, M. C.; P. Alves & I. M. Souza (org.). *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

*Este livro reúne trabalhos originais produzidos pelos pesquisadores da Universidade da Bahia. É um belo exemplo de pesquisas etnográficas baseadas numa enorme riqueza de dados empíricos tratados por sofisticada análise teórica em antropologia social. Divide-se em duas partes. Na pri-*

meira aborda a construção social das doenças, em particular da doença mental. Na segunda, os autores focalizam o doente e a experiência do adoecer e de se tratar. A análise abrange temas como subjetividade, corporalidade e ação em direção aos cuidados, e o conceito de "experiência" constitui o fio condutor que perpassa toda a obra. Este livro pode e deve ser lido por estudantes de graduação da área da saúde que buscam articular sua experiência técnica com a compreensão da cultura brasileira no seu próprio campo de atuação.

Duarte, L. F. & O. F. Leal (org.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

O livro reúne contribuições de dezessete autores que trabalham com "metodologias qualitativas", muitos deles estudantes de pós-graduação. O foco do livro são abordagens que evidenciam significação subjetiva no processo de enfermar do ponto de vista histórico, etnometodológico, fenomenológico, apresentando ao leitor uma variedade grande de aproximações antropológicas. O livro combina riqueza etnográfica pormenorizada com análises de sistemas simbólicos e contextos sociais. Sua leitura abrange temas como significado do corpo, reprodução humana, transplante de órgãos, convívio com aids e tuberculose e consumo de drogas. Por sua variedade de temas e perspectivas esta é uma obra muito importante para os que querem se aproximar, entendendo, do campo da antropologia da saúde.

Minayo, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa social em saúde*. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1993.

Hoje está na nona edição e se constitui numa obra de referência para os profissionais do setor que se lançam a fazer investigação antropológica. O livro tem como escopo dotar os profissionais do setor saúde dos elementos epistemológicos, teóricos e práticos para realizar a chamada pesquisa qualitativa. Didivido em vários capítulos que abrangem conceitos e dispositivos operacionais, a grande proposta da obra é mostrar aos leitores que produzir pesquisa exige uma certa sistemática que vai da fase exploratória e construção do projeto, passa pelo trabalho de campo e termina na fase de análise. Mas, ressalta sua autora, todo esse percurso não é simples pois existem vários problemas, várias encruzilhadas, várias pedras no caminho que precisam ser conhecidas e identificadas para que o investigador realize suas escolhas.

Coleção *Antropologia da Saúde* da Editora Fiocruz que se iniciou em 1998 e continua aberta, dedica-se a publicar obras pessoais ou em colaboração de antropólogos da área da saúde ou de profissionais da saúde que incorporaram a antropologia na sua formação, produ-

zindo conhecimento antropológico. Até 2005 a coleção contava com os seguintes livros:

- ♦ *Antropologia, saúde e envelhecimento*, organizado por Maria Cecília de Souza Minayo & Carlos E. Coimbra-Junior,
- ♦ *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*, de Fabíola Rohden;
- ♦ *O corpo na história*, de José Carlos Rodrigues;
- ♦ *Doença, sofrimento e perturbação*, organizado por Luiz Fernando Duarte & Ondina Fachel Leal;
- ♦ *Experiência de doença e narrativa*, organizado por Miriam Cristina Rabelo, Paulo César Alves & Iara Maria de Souza;
- ♦ *Frágeis deuses: profissionais de emergência entre os danos da violência e a reconstrução da vida*, de Suely Ferreira Deslandes;
- ♦ *História social da tuberculose e do tuberculoso*, de Cláudio Bertolli Filho;
- ♦ *A medicalização do corpo feminino*, de Elisabeth Meloni Vieira;
- ♦ *O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença*, de Maria Lúcia da Silveira;
- ♦ *Pessoas muito especiais: a construção social do portador de deficiência e a reinvenção da família*, de Fátima Gonçalves Cavalcante,
- ♦ *Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da medicina*, de Octávio Bonet;
- ♦ *Antropologia e nutrição: um diálogo possível*, organizado por Ana M. Canesqui & Rosa Wanda Dias Garcia,
- ♦ *Urgências e emergências em saúde: perspectiva de profissionais e usuários*, de Armelle Giglio-Jacquemot.

## O ESTUDO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE: IMPLICAÇÕES E FATOS

Amélia Cohn

O ESTUDO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE na área da Saúde Coletiva ocupou sempre um lugar central, dadas as próprias características dessa área. Dentre elas, a de se constituir simultaneamente num campo de conhecimento e de práticas, envolvendo uma conjugação de perspectivas de análises que possibilite ao mesmo tempo avançar na produção do conhecimento e orientar as ações e a formulação das políticas de saúde. Em consequência, elas consistem numa vertente de estudos na área da saúde sempre muito marcada pelas questões e pelos desafios no que diz respeito à saúde que a própria sociedade impõe aos especialistas do tema, acentuando assim uma característica da própria área da Saúde Coletiva, vale dizer, de conjugar, nem sempre em tempos e instâncias distintas, a teoria e a prática.

No entanto, há que se ter claro que isso não implica, em nenhuma hipótese, que os estudos realizados nessa área sejam estudos aleatórios, marcados por distintas vontades individuais e/ou de determinados grupos sobre o que deva ser a organização da sociedade para enfrentar os seus próprios problemas de saúde de que padece, nem muito menos estudos que não devam obedecer, como qualquer campo do conhecimento científico exige, rigorosos procedimentos metodológicos e científicos. Em resumo, não significa que esses estudos e análises sejam fruto da vontade dos sujeitos que os produzem de demonstrar a "sua" verdade, ou "a sua" resposta para aqueles desafios como "a resposta — e única — correta". Desde já, para o que se chama a atenção é que as políticas de saúde consistem num campo de conhecimento da área das ciências humanas, e que como tal estabelece um outro padrão de relação entre o sujeito e o objeto do conhecimento que não aquele próprio das áreas das ciências biológicas e exatas; mas que, apesar disso, ao contrário do que o senso comum interpreta, não