

## ANTROPOLOGIA DA SAÚDE: CONSIDERAÇÕES SOBRE OS DIVERSOS REFERENCIAIS TEÓRICOS

### ANTHROPOLOGY OF HEALTH: CONSIDERATIONS ON THE DIFFERENT THEORETICAL FRAMEWORKS

**Maria Elisa Gonzales Manso** – E-mail: mansomeg@gmail.com  
**Maria Helena Villas Boas Concone** – E-mail: mhconcone@yahoo.com.br

**Resumo:** A prática médica vem atravessando uma série de questionamentos, principalmente no que tange aos aspectos relacionados ao hospitalocentrismo, o foco na doença e não no doente e à desresponsabilização do médico perante o indivíduo adoecido. A Antropologia da Saúde, campo relativamente recente, apresenta-se como um contraponto a este modelo médico hegemônico ao possibilitar a ampliação do constructo adoecimento e ao pensar criticamente a prática médica. Vários antropólogos estudaram direta e indiretamente as medicinas, contribuindo para o alargamento da visão que se tem hoje do processo saúde-doença-saúde, ora voltando-se para o biopoder e para a medicina como forma de reprodução ideológica, ora focando-se no indivíduo e suas experiências de sofrimento. A interdisciplinaridade é marca deste novo campo de pesquisas, sendo este ainda um campo pouco explorado no nosso país.

**Palavras-chave:** Antropologia da Saúde, Antropologia da Doença, Antropologia Médica.

**Abstract:** Medical practice has been going through a series of questionings, especially regarding aspects related to hospital centrism, the focus on the disease and not on the patient and the lessening responsibility of the doctor towards the sick individual. Anthropology of Health is a relatively new research field, it presents itself as a counterpoint to this hegemonic medical model by enabling the expansion of the illness construct and by critically thinking the medical practice. Several anthropologists have studied directly and indirectly the medicines, contributing to the enlargement of the current view on the health-disease-health process, at times turning to biopower and medicine as a form of ideological reproduction and at others focusing on the individual and their suffering experiences. Interdisciplinarity is a trademark of this new research field, which is still a relatively unexplored field in our country.

**Keywords:** Anthropology Health, Anthropology of Illness, Medical Anthropology.

## INTRODUÇÃO

A Antropologia da Saúde, ramo relativamente novo da Antropologia, foi nomeada como tal somente a partir de 1970 e é caracterizada por uma produção fragmentada, devido tanto às diversidades culturais regionais quanto aos múltiplos subcampos disciplinares. Esta fragmentação reflete-se nas diversas denominações para a área: antropologia médica, antropologia da doença e, ainda, antropologia da saúde. Estas nomenclaturas são reflexo das várias correntes de pensamento inclusas neste relativamente novo campo de estudos.

Antropologia médica é o termo mais antigo, utilizado pela grande maioria da literatura, tendo origem na escola americana, hegemônica na área, e que se destaca por seus estudos

voltados à área de políticas públicas, medicina da família e temáticas relacionadas às minorias étnicas e estudo de etnomedicinas. Apresenta forte influência e colaboração com diversos programas de saúde internacionais e nacionais, principalmente no que tange a intervenções culturalmente adaptadas dentro do campo da saúde pública (Farmer e Castro, 2012)

Por sua vez, autores franceses, propuseram a denominação “*L’Anthropologie de la maladie*” ou antropologia da doença. Para estes autores, os processos de adoecimento são tidos como um espaço privilegiado de reflexão sobre a cultura e a sociedade, diferindo da visão pragmática a atribuída à escola americana, mais preocupada com a prática médica em si. Surge ainda na França a denominação antropologia da saúde, como um campo que permite ir além do estudo da doença, entendendo-se a saúde como um produto social e político (CONRAD; BARKER, 2010; FAINZANG, 2012).

Antropologia da Saúde, portanto, é a denominação utilizada mais recentemente para a área, por entender o processo saúde-doença como determinado pela inserção socioeconômica de um grupo, historicamente influenciado e que inclui aspectos políticos, culturais e simbólicos.

As diferentes denominações não são utilizadas de forma intercambiável na literatura, pois, como já mencionado, representam linhas interpretativas diferentes sobre o tema saúde-doença. Na maioria dos estudos de origem brasileira o termo utilizado é antropologia da saúde para definir este novo ramo de estudos. Nesta revisão optou-se por manter a denominação utilizada por cada autor que será citado.

A antropologia da saúde é área interdisciplinar onde realizam estudos não apenas antropólogos, mas também médicos, enfermeiros, nutricionistas, entre outros profissionais da saúde. Na opinião de Eriksen e Nielsen (2010) é uma das áreas em que os antropólogos tiveram mais sucesso em associar-se a outros estudiosos. Dentre as diversas pesquisas realizadas por esta nova área, destacam-se aquelas que versam sobre a biomedicina ou medicina ocidental, a qual tem sua origem e relaciona-se à epistemê do iluminismo e da razão ocidental, a qual dita seus valores, cosmologia e racionalidade.

É a partir de Rene Descartes que se legitima o estudo do corpo em separado do espírito. Com base no pensamento newtoniano, este filósofo define o corpo humano como uma máquina, semelhante a um relógio, composto por pesos e contrapesos, que, quando quebrado ou com um mau funcionamento, deixa de agir. Por ser composto por diferentes peças, é passível de ser fragmentado e, assim, cada peça isolada, estudada, identificada, classificada e descrita dentro do racionalismo científico, método também aplicável às doenças. Esta metodologia passa a ser empregada no estudo da medicina, que, como várias outras disciplinas nesta época, desejava

ser reconhecida como ciência, assim, nada mais apropriado que seguir os paradigmas das ciências ditas naturais, como a física, a química e a biologia (LE BRETON, 2012)

A visão cartesiana, aliada ao desenvolvimento da anatomia pela dissecação de cadáveres, associada à teoria microbiana de Louis Pasteur e à invenção do microscópio, propiciaram uma revolução na forma de ver a enfermidade, a qual, aliada às mudanças político-administrativas-legislativas, ao nascimento da saúde pública e às alterações na prática e ensino médicos, caracterizam o processo de descontinuidade com a época clássica que constrói o que hoje se caracteriza como a medicina científica ocidental, biomedicina ou medicina cosmopolita (FOUCAULT, 2001; BONET, 2004; CANGUILHEM, 2011)

Com base nesta racionalidade, a doença passa a ser tratada em hospitais: instituições privativas do saber médico e de controle sobre a pessoa que então passa a ser denominada paciente. Cada vez mais especializadas, estas instituições passam a ser vistas como local para uma terapêutica sistematizada que favorece a articulação do saber médico e da eficácia terapêutica. Estes aparelhos de medicalização coletiva e de enquadramento permanente da população são, em conjunto com a estatística e demografia, parte de uma biopolítica com a finalidade de obter sujeição dos corpos e controle das populações. A este controle, Foucault denomina biopoder. Ao mesmo tempo, a medicina torna-se um mercado voltado para as leis da oferta e da demanda, fortemente centrada no diagnóstico e na terapêutica. Como consequência, surgem medicinas diferenciadas: para a classe operária, para a burguesa, para as crianças, para os adultos, dentre outros (FOUCAULT 2007; 2011a; 2011b; 2011c).

Ressaltando ainda a medicalização, Foucault (2011c) observa que a medicina não mais se restringe aos doentes, mas abarca campos como a sexualidade, saneamento, condições de vida, exercendo assim um poder que vai além dos adoecidos e suas demandas. Inicialmente com a função de conservar a força de trabalho, hoje se constitui em um amplo mercado econômico, mantendo o corpo humano apto enquanto consumidor, passando de medicina da doença para medicina da saúde, onde esta última é entendida enquanto um negócio. A medicina cosmopolita, entretanto, não deve ser rejeitada, mas entendida dentro de um contexto histórico, não como uma ciência pura e sim como um sistema econômico e de exercício de poder.

A visão fragmentada do ser humano anteriormente citada se aprofunda ainda mais com o advento do relatório Flexner, que veio a público em 1910 como um projeto desenvolvido a fim de regularizar e padronizar o ensino médico. Este relatório surge em um contexto no qual a medicina era composta por diversas escolas médicas com diferentes abordagens terapêuticas, algumas hoje consideradas alternativas. Desde o final do século XIX, a crescente indústria farmacêutica vinha subsidiando com grandes quantidades de dinheiro não só os órgãos de

classe, mas os próprios médicos, a fim de consolidar um modelo de medicina. Esta mesma indústria, passa então a pressionar governos e instituições, consolidando seu modelo e conseguindo sua imposição a todas as escolas médicas, nivelando-as. Este mesmo padrão foi ainda imposto aos hospitais e demais serviços de saúde, criando normas de atendimento e terapêutica (Pagliosa e Da Ros, 2008).

Destarte, o relatório Flexner frisa que o ensino médico não deve considerar nenhum outro fator no estudo da doença a não ser o biológico, sendo o hospital considerado local privilegiado para a formação médica (FRENK *et al.*, 2010).

O currículo tradicional do curso médico, advindo do relatório Flexner, é pautado na segregação entre teoria e prática e na multiplicação das especialidades e passa a ser denominado modelo biomédico. Ambos os processos, modelo biomédico e medicalização, apesar de propiciar inegáveis avanços tecnológicos, tornaram a prática médica hospitalocêntrica, tecnicista e fragmentadora; prática esta que vem sendo sistematicamente questionada pela sociedade e, principalmente, pelos próprios doentes (BOLTANSKI, 2004; STREIT *et al.*, 2012).

A antropologia da saúde busca auxiliar na superação desta crescente fragmentação através da ampliação do entendimento do que é o adoecer, dos diferentes sistemas de saúde e modelos explanatórios, do biopoder e da própria prática médica. Tem ainda como campo de estudo os laboratórios de medicamentos, a linguagem dos periódicos científicos e do corpo, o sofrimento social, a violência praticada aos que sofrem por parte dos profissionais da saúde e as iniquidades na saúde, sendo que a área tem crescido como campo de novas oportunidades particularmente em conexão com programas de atenção primária à saúde e medicina da família (Saillant e Genest, 2012).

Nesta última interface, o conceito de competência cultural é o que mais se destaca. Este surge como resposta às diversidades étnicas e culturais das sociedades atuais e busca fazer com que os cuidados e estratégias de atenção à saúde sejam interpretados de forma a minimizar barreiras socioculturais, destacando que as crenças e práticas de tratamento e prevenção das diferentes comunidades devem ser consideradas, pois influenciam não só o acesso aos serviços de saúde como também sua adesão ao tratamento (BETANCOURT *et al.*, 2003)

Nem sempre a melhor aplicação da evidência científica disponível produz o resultado esperado pelo médico, sendo necessário melhorar o desempenho das práticas de saúde frente a problemas complexos como a vida, adoecimento e morte. Apesar de parecer óbvia esta afirmação e esta necessidade, a visão biomédica atual reduz a compreensão do médico a uma visão causa-efeito, alijando-o do contexto cultural e social dos enfermos. Ainda não há profissionais preparados para criticar o modelo atual e estes permanecem impregnados de um

etnocentrismo que faz com que tomem sua própria cultura como referência. Daí a importância do constructo competência cultural para a atenção primária à saúde, incorporando o entendimento de como a cultura interfere na atenção à saúde (KLEINMAN; BENSON, 2006; TARGA; OLIVEIRA, 2012)

Uchoa e Vidal (1994) destacam que a antropologia da saúde se inscreve numa relação de complementaridade com a epidemiologia e com a sociologia da saúde. A primeira estuda a distribuição no tempo e no espaço das condições de saúde e de doença em uma dada população, com vistas a identificar fatores de risco e a determinar como uma dada doença se comporta em uma comunidade ou sociedade. Já a sociologia da saúde trata de investigar como o contexto social e institucional influencia as enfermidades e os comportamentos destas advindos. A antropologia da saúde, por considerar que a saúde, a doença e tudo o que a elas se relaciona são culturalmente construídos e interpretados, contribui para ampliar o contexto a ser considerado quando da leitura dos processos de adoecimento de um grupo populacional, demonstrando os limites do discurso biomédico quando este tenta modificar de forma permanente o estado de saúde de uma população.

## **1 EXPLORANDO UM POUCO MAIS A HISTÓRIA E A DIVERSIDADE DE TENDÊNCIAS**

Vários antropólogos ao longo do século XX abordam as experiências de aflição, infortúnio, doença e morte, posto estes serem preocupações presentes em todas as culturas e repletas de significados. Entender as respostas a estes eventos, as relações da doença com o sagrado ou as formas de enfrentamento destes em diversas culturas e em diferentes contextos socioculturais e históricos, foram preocupações de muitos autores.

Rivers (1925), médico por formação, se preocupava em classificar a medicina primitiva- segundo as categorias de pensamento estabelecidas por Frazer e Tylor, entre outros- em um sistema lógico no qual para cada doença há uma causa e para cada causa, os povos determinarão a forma como as enfermidades deverão ser tratadas. Assim, em uma escala evolutiva, classifica os sistemas médicos em mágico, religioso ou naturalista.

O primeiro é caracterizado por um sistema de crenças nos quais as doenças ocorreriam por influência de manipulação mágica por outros seres humanos, como os bruxos ou feiticeiros, e que, portanto, por estes deve ser tratada. Já a medicina religiosa atribui às doenças causas sobrenaturais, daí o tratamento preconizado ser realizado através de apelos, sacrifícios, rezas, entre outros rituais. Quanto à medicina naturalista, esta parte da observação da natureza,

explicando-a empiricamente sendo, portanto, as doenças fenômenos naturais que devem ser tratados com o uso de plantas, por exemplo.

Para este autor, as sociedades primitivas teriam sistemas médicos mágicos ou religiosos predominantes, com algumas poucas práticas naturalistas recebidas por difusão e embutidas em uma cosmovisão mágica ou religiosa. Em um encadeamento sucessivo estas sociedades ditas primitivas evoluiriam até o sistema naturalista, ápice onde se encontra a medicina ocidental moderna.

Erwin Ackerknecht, médico alemão radicado nos E.U.A. durante a Segunda Guerra Mundial (1933), influenciado por Ruth Benedict e por outros alunos de Boas, trabalhou com estudos etnográficos sobre cirurgias primitivas, xamanismo e psicopatologia. Este autor acreditava que a medicina moderna é diferente da primitiva por ser a última primariamente mágico-religiosa enquanto que primeira é empírica. Afirmava que na medicina primitiva os tratamentos seguiam as causas atribuídas às doenças, sendo as práticas médicas *hábitos realizados inconscientemente*. Hábitos, porque, para existir racionalidade nas práticas médicas tem que haver um processo consciente de observação, validado por testes, que não existe na medicina primitiva. Portanto, quando o antropólogo julga um ato como, por exemplo, enterrar os excrementos, como sendo racional, na verdade este ato está ligado à magia e busca evitar que um feiticeiro o utilize para provocar doença (ERIKSEN; NIELSEN, 2010).

Estes autores receberam críticas por seu etnocentrismo, mas como cita Langdon, foram “homens do seu tempo e da antropologia da sua época” (2002, p. 3) e que, apesar deste viés epistemológico, trouxeram contribuições importantes para o novo campo que se constituía: a antropologia da saúde.

Caroso *et al.* (2004) destacam que vários antropólogos ao longo do século XX abordam as experiências de aflição, infortúnio, doença e morte, as relações da doença com o sagrado ou as formas de enfrentamento destes em diversas culturas e em diferentes contextos socioculturais e históricos. Entre estes, Evans-Pritchard em *Bruxaria, Oráculos e Magia entre os Azande* (2005) e Victor Turner estudando os Ndembu (1974).

O primeiro traz a impossibilidade de tentar compreender as noções de saúde, cura e doença fora de um contexto cultural mais amplo, isto é, isoladas das crenças religiosas e da organização social e política; já Turner demonstrou que tanto a religião quanto a saúde podem ser objeto de análise simbólica, sendo que, entre os Ndembu as crenças vinculadas às doenças, bem como seus tratamentos, tinham eficácia simbólica.

Pureza e Perigo (2010), estudo de Mary Douglas, é lembrado tanto por Caroso *et al.* (2004) quanto por Eriksen e Nielsen (2010), por introduzir os símbolos em um sistema

classificatório relacionados às instituições sociais. Esta mesma autora se dedica, atualmente, a estudar temas relacionados à percepção de risco em diversas áreas, inclusive na saúde (DOUGLAS; WILDAVSKY, 2012)

Nos E.U.A., o estudo do significado avança com Geertz (1973), entre outros. Este pensa a cultura como uma teia de símbolos e significados que permitem aos indivíduos de um dado grupo interpretar suas experiências e guiar suas ações através *de* modelos *para* a construção de realidades sociais. Esta teia simbólica (a cultura) envolve o grupo e lhe dá as condições tanto para interpretar seu mundo quanto para agir. A cultura é, portanto, uma expressão da interação social, onde os atores comunicam e negociam significados. O sistema de saúde, nessa perspectiva, nada mais é que um sistema de significados suportado por arranjos particulares de instituições e padrões de interação interpessoal, fornecendo ao indivíduo subsídios para a interpretação da sua doença e como agir em relação a ela. A partir deste enfoque, a doença é vista como uma construção sociocultural, na qual, primeiramente, o indivíduo internaliza e interpreta noções simbólicas ao contatar e interagir com o seu grupo, passando então a agir tanto segundo suas percepções individuais, amparadas pelos significados grupais, quanto por sua própria subjetividade e suas experiências. Esta visão da cultura como percepção/ ação, subjetividade e heterogeneidade permite uma nova visão do processo saúde-doença. Como seguidores de Geertz, destacam-se Leon Eisenberg, Artur Kleinman e Byron Good, os quais fornecem os elementos chave do quadro teórico e metodológico da antropologia médica.

Eisenberg (1977) estabeleceu a diferença entre doença-processo ou *disease* e doença-experiência ou *illness*. A primeira refere-se às anormalidades existentes em estruturas e órgãos e é a experiência da doença reinterpretada pelos profissionais de saúde de acordo com seus modelos teóricos. Já a segunda, é a experiência subjetiva de mal-estar, a forma como os indivíduos e os membros de sua rede social percebem os sintomas, categorizando-os, vivenciando-os, significando-os e buscando caminhos específicos de cura. Ambos, doentes e médicos, constroem significados e estão imersos em culturas que interferem no processo de comunicação, assim, a utilização de serviços de saúde é sempre um encontro de duas visões de mundo. O autor destaca que *illness* e *disease* assim definidos nem sempre estabelecem uma relação direta, podendo haver uma sem haver a outra.

Kleinnam (1978; 1980) considera que em cada cultura a doença, as respostas a ela, as experiências individuais, os tratamentos e as instituições a estes relacionados são sistematicamente interconectados em sistemas de cuidados com a saúde, os quais por sua vez, integram sistemas culturais maiores compostos por um conjunto de crenças sobre a causalidade

das enfermidades, normas que governam as escolhas e avaliação do tratamento, papéis legitimados de doente e curador, relações de poder e as diversas instituições.

Desta forma cria-se um mapa cultural e socialmente produzido, *de e para* uma área específica do comportamento humano onde as crenças e comportamentos, os locais de interação, as restrições econômico-políticas de acesso, os tipos de tratamentos disponíveis e os tipos de problemas de saúde reconhecidos como tais, entre outros, são influenciados por instituições específicas como os hospitais, os papéis sociais de estar ou não doente, as relações interpessoais tais como médico-paciente, família-paciente e rede social-paciente, todos imersos em uma configuração de significados culturais e relações sociais que não podem ser entendidas fora de seu contexto. Todas as atividades de cuidados em saúde são, portanto, respostas socialmente organizadas constituídas por três setores diferentes: profissional, tradicional e popular, cada um com um conjunto de crenças e normas específicas legitimando diferentes terapêuticas.

O setor popular, o maior dos três, é aquele em que a família e o grupo social mais próximo desempenham papel mais importante, é um espaço onde a doença começa a ser definida e onde são desencadeados os vários processos terapêuticos de cura. O setor profissional tem a biomedicina como forma de prática de saúde e, mesmo não sendo o maior, é o hegemônico nas sociedades ocidentais, buscando impor-se aos demais, medicalizando-os. Já o setor tradicional abrange outras práticas de saúde como as religiosas e outras formas de cura.

Kleinman trabalha com a noção de *explanatory models* - modelos explicativos ou explanatórios, construídos a partir de episódios de doenças e seus tratamentos anteriormente realizados. Há os modelos profissionais e os utilizados pelos adoecidos e suas famílias, ambos veiculando crenças, normas de conduta e expectativas e incorporando noções sobre o que é saúde e doença; a percepção, rotulagem e apresentação dos sintomas; o comportamento do doente; a comunicação médico-paciente; o tratamento; a cura e a avaliação da eficácia terapêutica. A cultura afeta cada um destes componentes, sendo que esta influência não deve apenas ser pensada para minorias étnicas, mas sim no dia a dia do trabalho médico e nos tratamentos que ocorrem em nossa sociedade ocidental.

A preocupação deste autor é traduzir aspectos sociais e culturais para o domínio clínico a fim de torná-los incorporados e aplicáveis à prática diária como um método sistemático e rotineiro. Os modelos explanatórios permitem transformar a doença socialmente produzida em realidade clínica, incorporando a visão particular do adoecido sobre o que está errado com ele, as expectativas sobre o tipo de tratamento e as metas que define para considerar um cuidado como efetivo. Quando os modelos explanatórios são muito diferentes do modelo biomédico



hegemônico, refletem bagagens culturais diversas e, quando em conflito, levam a não adesão ao tratamento, insatisfação, diagnósticos errados, tratamentos inapropriados e falta de cuidado.

A explicação para o surgimento de conflitos entre o modelo biomédico e o modelo leigo surge da própria formação médica. Os médicos, formados dentro do paradigma biomédico, apenas reconhecem e tratam a *disease*, enquanto o adoecido busca alívio para a *illness*, ou seja, o significado pessoal dos problemas criados pela experiência da doença. Estas duas expectativas contrastantes levam ao conflito, nem sempre totalmente consciente.

Segue o autor ressaltando que os médicos, pensando em *disease* avaliam a eficácia do tratamento como *curing*, ou seja, a cura mediante correções dos sistemas e órgãos afetados. Já os doentes desejam *healing* para a *illness*: ou seja, a eficácia do tratamento situa-se no plano do significado social e cultural. Esta distinção é de suma importância para o manejo das doenças crônicas e da atenção primária à saúde, pois, nesta última, mais da metade dos problemas que ocorrem na prática médica são *illness*, porém *healing* não é reconhecida no campo biomédico e sim no campo do autocuidado, do cuidado familiar e da psicoterapia. Como o modelo biomédico não reconhece nem *illness* nem *healing* há falhas e atritos.

Já Byron Good (1977; 1994) destaca que as doenças não são simples entidades naturais e sim construções teóricas específicas de uma dada época histórica, produtos dinâmicos de relações estabelecidas entre as pessoas e seu meio ambiente cultural e social, em parte obra da natureza e em parte a rotulagem cultural que as pessoas aplicam a esta condição. O significado da categoria doença não representa apenas um conjunto de sintomas e sim uma *síndrome de experiências típicas*: um conjunto de palavras, experiências e sentimentos que tipicamente ocorrem juntos para os membros de uma dada sociedade, associando-se a redes de significação e interação dentro de cada grupo social e na sociedade como um todo, daí a multiplicidade de modelos existentes.

Para este autor, o sistema popular de cuidados provê uma linguagem que é passada de geração a geração, através da qual as pessoas expressam sua experiência de doença. Esta linguagem proporciona um conjunto de ideias, modelos cognitivos, expectativas e normas que guiam a resposta individual, familiar e do grupo social a uma dada doença, proporcionando a construção de significados. A medicina popular é, portanto, uma bricolagem e o modelo explanatório leigo permite explicar tanto sintomas físicos quanto psíquicos ou, ainda, o estresse social. Toda prática terapêutica é interpretativa, um constante trabalho de decodificação e negociação entre diferentes sistemas semânticos.

A crítica a estes autores destaca a doença como um processo de socialização onde as representações sobre a enfermidade estão inseridas em uma ordem fruto das condições sociais

de produção/reprodução do conhecimento. Nesta linha, Young (1982) propõe manter as categorias descritivas de *disease* e *illness*, mas acrescenta *sickness* como sendo o processo social através do qual perturbações e sinais biológicos, recebem significados socialmente aceitáveis, isto é, tornam-se sintomas socialmente significativos. Cada cultura tem regras para a tradução de sinais em sintomas, para a ligação de sintomatologias e etiologias, o que nada mais é que um processo de neutralização: a medicalização, onde descaracterizam-se as dimensões sociais, políticas e históricas, reduzindo a doença a um processo individual isolado. Nas sociedades ocidentais a tradução de sinais e sintomas socialmente importantes está nas mãos de uma única categoria de profissionais: os médicos. O mais frequentemente encontrado nestas sociedades é que a mesma *sickness* abrange diferentes *illness* e diferentes curas que variam de acordo com a posição social e econômica da pessoa.

Young ressalta ainda que símbolos de cura são símbolos de poder, sendo que em diferentes sociedades a consciência individual das cerimônias, dramaturgia e demonstrações de eficácia fazem parte das práticas de cura. Assim, práticas médicas são práticas ideológicas porque justificam a forma como a doença, o cuidado e a cura são distribuídos em uma sociedade, bem como suas consequências sociais.

Já Ronald Frankenberg (1980) ressalva que o período pós-colonial ofereceu uma excelente oportunidade para os antropólogos se dedicarem ao estudo da saúde e medicina, contribuindo para o entendimento em pequena escala dos processos através dos quais doenças biológicas se transformam em episódios de enfermidade social através da legitimação do indivíduo que se sente doente. O processo de interação social produz costumes que estão articulados com os sistemas ideológicos, políticos e econômicos. A medicina nada mais é que uma divisão ideológica que faz parte da cultura, partilhada tanto por pacientes quanto por médicos, e que responsabiliza, no ocidente, o indivíduo por sua saúde.

O autor ressalta que a cura é tratada como uma mercadoria, uma *commodity*, sendo a medicina parte de um vigoroso sistema econômico. Esta adere à símbolos universais que representam o poder de curar, entregando-os a uma categoria profissional: os médicos. Ao paciente cabe ler os sinais, aceitar os sintomas e entender os símbolos corretamente, submetendo-se ao poder médico, exercido em sua plenitude nos hospitais. O médico ocidental manipula o corpo do paciente, o vê por dentro e decide o que, como e quando deve ser dito ao doente. Este, somente consegue resistir a este poder através da família e redes sociais, porém sempre fora do local de exercício da medicina.

Destarte, a medicina nada mais é que um ritual que faz a segregação de uma parcela da população que tem poder concedido pelo uso de determinados símbolos e que se expressa em

uma linguagem própria. Em sociedades pré-capitalistas, a medicina é social e enfatiza as relações interpessoais; na sociedade atual representa uma divisão de classe, o que gera conflitos. A doença é, na verdade, um drama cultural e social, algo extraordinário, que traduz uma ruptura para a cultura e para a sociedade.

Por sua vez, François Laplantine (2010) estuda os modelos etiológicos e terapêuticos através do estabelecimento de formas elementares de doença e cura. Ressalta que as sociedades apresentam um pluralismo de etiologias e terapias, onde coexistem várias medicinas. Nos modelos biomédicos predominam a etiologia psico-química e estes existem tanto entre os profissionais da saúde quanto na população, sendo o modelo epistemológico dominante. A medicina é o encontro de dois campos de conhecimento e significado: o do doente e o do médico, o qual recusa parte da experiência do doente em nome do conhecimento científico. Assim, haveria um conflito entre dois polos: *a doença na terceira pessoa*, constituído pelo conhecimento médico objetivo, e *doença na primeira pessoa*, o estudo da subjetividade do paciente, processos que fazem com que a pessoa se sinta mal ou não. Destaca ser a ideia de doença e de cura um processo vivenciado e que o médico, além do conhecimento técnico, tem também uma noção não biomédica da saúde e da doença, daí não ser totalmente neutro, pois também ele é portador de representações.

Para este autor, os modelos etiológicos e terapêuticos são aplicáveis a qualquer cultura, construções teóricas que permitem o estudo da doença. Falar de concepções de doenças e formas de tratamento implica em considerar as concepções de natureza religiosa, pois, nem sempre as pessoas têm um limite claro entre as concepções de religião e de adoecimento. Esta inter-relação, entretanto, não fica clara para a sociedade nem para os médicos, que creem em uma ciência neutra.

## CONCLUSÃO

A antropologia da saúde vem vivenciando uma apropriação de novas interpretações com multiplicação dos campos de trabalho, sempre em busca da transdisciplinaridade. No Brasil, ressalva-se que a antropologia da saúde se alinhou mais à escola francesa e que a maior parte dos estudos aqui realizados se referem à cultura local: religiões afro-brasileiras, biodiversidade, as noções de corpo e saúde autóctones, à violência simbólica e estrutural (Leibing, 2012)

Autores destacam como caminhos ainda pouco explorados pela área a biotecnologia, a biociência e as questões relacionadas aos idosos, todas com um imenso interesse político e relevância. Ressaltam ainda o novo perfil de morbidade caracterizado pelos distúrbios

funcionais e doenças crônicas, o qual não é responsivo apenas à incorporação tecnológica, impondo novas formas de pensar a atenção em saúde. Tendo em vista a crescente prevalência destas condições, os estudos antropológicos sobre o tema têm aumentado, pois o modelo biomédico vigente tem sido incapaz de assistir a estes doentes (Eisenberger, 1977; Lock, 2012)

As concepções de *disease* e *illness* ainda permanecem como categorias centrais, contrapondo-se à visão biomédica da doença enquanto universal e invariante no tempo e no espaço, como algo solto no espaço, esperando ser descoberto pelos cientistas. São construtos hoje incorporados à prática médica, principalmente no que tange a um cuidado mais humanizado e centrado na pessoa, onde o saber do adoecido é valorizado.

Como visto, apesar da antropologia da saúde ser um campo relativamente recente, várias tendências e modelos teóricos fazem parte de seu cotidiano. Algumas linhas de pensamento enfatizam mais o biopoder e as relações nas quais a biomedicina se faz presente como forma de domesticação dos corpos e manutenção da estrutura econômica e social vigente, parte da ideologia. A doença é social e culturalmente produzida a partir do exercício deste poder e das condições materiais de existência historicamente determinadas, sendo a prática médica uma das formas de reprodução ideológica. Outras destacam mais o indivíduo e suas experiências de sofrimento na tentativa de transformar as práticas médicas incorporando saberes outros que aproximem o médico da *illness* e, portanto, da *healing*. Estudando modelos explanatórios e compreendendo-os, ressaltam a necessidade de atingir a humanização da biomedicina.

Buscando superar o paradigma biomédico e a medicalização, entendendo que tanto os enfermos quanto seus curadores são pessoas inseridas em um contexto cultural, social, econômico e histórico, sendo o processo saúde- doença- saúde reflexo de todas estas variáveis, apresenta-se como um campo de estudo ainda pouco explorado no nosso país. Como ressaltam Costa e Gualda (2010):

[...] não se trata de uma única antropologia, mas de várias orientações teóricas que ora bebem nas fontes de autores franceses ( antropologia da doença), ora de norte-americanos (antropologia médica), ou ainda de autores nacionais (antropologia da saúde), sinalizando as múltiplas possibilidades de apreensão do objetos etnográficos e, por outro, da antropologia feita por nós.

## REFERÊNCIAS

BETANCOURT, J.R., GREEN, A.R., CARRILLO, J.E. Defining Cultural Competence: A Practical Framework for Addressing Racial/Ethnic Disparities. **Public Health Rep**, 2003.

BOLTANSKI, L. **As Classes Sociais e O Corpo**. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

BONET, O. **Saber e sentir**: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

CANGUILHEM, GEORGES. **O Normal e o Patológico**. Rio De Janeiro: Forense Universitária, 2011.

CONRAD, P., BARKER, K.K. (2010). The Social Construction of Illness: Key Insights and Policy Implications. **Journal of Health and Social Behavior**, 2010.

COSTA, G.M.C., GUALDA, D.M.R. Antropologia, etnografia e narrativa: caminhos que se cruzam na compreensão do processo saúde–doença. **História, Ciências, Saúde**, 2010.

EISENBERG, L. Disease and Illness: Distinctions Between Professional and Popular Ideas of Sickness. **Culture, Medicine and Psychiatry**, 1977.

ERIKSEN, T.H., NIELSEN, F.S. **História da Antropologia**. Petrópolis: Vozes, 2010.

EVANS-PRITCHARD, E.E. **Bruxaria, Oráculos e Magia entre os Azande**. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

FAINZANG, S. Antropologia Médica na França: uma disciplina em boa saúde. *In*: SAILLANT; GENEST. **Antropologia Médica: Ancoragens Locais, Desafios Globais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

FARMER, P., CASTRO, A. A Antropologia Médica nos Estados Unidos. *In*: SAILLANT; GENEST. **Antropologia Médica: Ancoragens Locais, Desafios Globais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

FOUCAULT, M. A política de saúde no século XVIII. *In*: Foucault, M. **Microfísica do poder**. São Paulo: Graal, 2007.

FOUCAULT, M. **A História da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

FOUCAULT, M. A incorporação do hospital na tecnologia moderna. *In*: MOTTA, M.B. **Ditos e escritos. Arte, Epistemologia, Filosofia e História da Medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

FOUCAULT, M. As grandes funções da medicina em nossa sociedade. *In*: MOTTA, M.B. **Ditos e escritos. Arte, Epistemologia, Filosofia e História da Medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. *In*: MOTTA, M.B. **Ditos e escritos. Arte, Epistemologia, Filosofia e História da Medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

FRANKENBERG, R. Medical Anthropology and Development: a Theoretical Perspective. **Social Science Medicine**, 1980.

FRENK, J.; CHEN, L.; BHUTTA, Z.A.; COHEN, J.; CRISP, N.; EVANS, T. *et al.* Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **The Lancet**, 2010.

GEERTZ, C. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GOOD, B.J. **Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective**. New York: Cambridge Press, 1994.

GOOD, B.J. The Heart of What's the Matter: The Semantics of Illness in Iran. **Culture, Medicine and Psychiatry**, 1977.

KLEINMAM, A. Clinical Relevance of Anthropological and Cross-Cultural Research-Concepts and Strategies. **American Journal of Psychiatry**, 1978.

KLEINMAM, A. **Patients and Healers in the Context of Cultures. An Exploration of Boderland between Anthropology and Psychiatry**. Los Angeles: University of California Press, 1980.

KLEINMAN, A., BENSON, P. Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It. **PLoS Med**, 2006.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da Doença**. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

LE BRETON, D. **Antropologia do corpo e modernidade**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

LEIBING, A. Sobre a Antropologia Médica e Muito Mais. O corpo saudável e a identidade brasileira. *In*: SAILLANT E GENEST. **Antropologia Médica: Ancoragens Locais, Desafios Globais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

LOCK, M. (2012). Antropologia Médica: indicações para o futuro. *In*: SAILLANT; GENEST. **Antropologia Médica: Ancoragens Locais, Desafios Globais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

PAGLIOSA, F.L., DA ROS, M.A. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 2008.

SAILLANT, F., GENEST, S. Introdução. *In*: SAILLANT; GENEST. **Antropologia Médica: Ancoragens Locais, Desafios Globais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

STREIT, D.S., NETO, F.B., LAMPERT, J.B., LEMOS, J.M.C., BATISTA, N.A. **Dez Anos De Diretrizes Curriculares Nacionais**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Ensino Médico, 2012.

TARGA, L.V., OLIVEIRA, F.A. **Cultura, Saúde e o Médica da Família**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

TURNER, V.W. **O Processo Ritual: Estrutura e Antiestrutura**. Petrópolis: Vozes, 1974.

YOUNG, A. The Anthropologies of Illness and Sickness. **Annual Reviews of Anthropology**, 1982.