

de Oliveira Nunes, Mônica

Da aplicação à implicações na antropologia médica: leituras políticas, históricas e narrativas do mundo do adoecimento e da saúde

História, Ciências, Saúde - Manguinhos, vol. 21, núm. 2, abril-junio, 2014, pp. 403-420

Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386134011003>



História, Ciências, Saúde - Manguinhos,
ISSN (Versão impressa): 0104-5970
hscience@coc.fiocruz.br
Fundação Oswaldo Cruz
Brasil

Da aplicação à implicação na antropologia médica: leituras políticas, históricas e narrativas do mundo do adoecimento e da saúde

*From application to
implication in medical
anthropology: political,
historical and narrative
interpretations of the world
of sickness and health*

Mônica de Oliveira Nunes

Professora, Departamento de Saúde Coletiva I,
Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia.
Rua Basílio da Gama, s/n
40110-140 – Salvador – BA – Brasil
nunesm@ufba.br

Recebido para publicação em março de 2012.
Aprovado para publicação em maio de 2013.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702014000200003>

NUNES, Mônica de Oliveira. Da aplicação à implicação na antropologia médica: leituras políticas, históricas e narrativas do mundo do adoecimento e da saúde. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.2, abr.-jun. 2014, p.403-420.

Resumo

Revisa parte da literatura da antropologia médica contemporânea, guiando-se pela orientação/implicação política na escolha de seus objetos de estudo, na análise e na construção de soluções para os problemas investigados. A partir de narrativas de antropólogos, evidenciam-se as bases históricas e sociopolíticas que caracterizaram o campo em seus países de origem ou de migração. No panorama traçado das três principais vertentes contemporâneas – as antropologias médica crítica, do sofrimento e do biopoder –, são caracterizadas escolhas teóricas e temáticas para atender à demanda de “politicização” do debate antropológico na saúde, defendendo-se uma antropologia médica “implicada”.

Palavras-chave: antropologia médica; revisão de literatura; antropologia médica crítica; sofrimento social; biopoder.

Abstract

This article reviews some of the current writing on medical anthropology, and is guided by political orientation/implication in the choice of its study targets, its analysis and its construction of solutions for the problems investigated. Starting from the narratives of anthropologists, it goes on to show the historical and socio-political bases characteristic of the subject in their countries of origin or migration. Within a general overview of the three principal contemporary trends – critical medical anthropology, the anthropology of suffering and the anthropology of biopower – the focus is on theoretical and thematic choices to meet the demand for “politicization” of the anthropological debate in the field of health, on the basis of which an “implied” medical anthropology is advocated.

Keywords: medical anthropology; review of the literature; critical medical anthropology; social suffering; biopower.

Neste artigo, a partir de algumas narrativas de antropólogos sobre o nascimento do campo da antropologia médica (AM), nos seus países de origem ou de migração, tentaremos evidenciar algumas das bases históricas e sociopolíticas que definiram características próprias a essas antropologias nacionais. Em seguida, traçaremos um panorama das vertentes contemporâneas na AM, caracterizadas por suas escolhas teóricas e temáticas, orientadas para dar conta de uma demanda de “politização” do debate antropológico no campo da saúde. Para tanto, percorremos parte da literatura norte-americana e europeia do campo da AM, destacando o debate acerca da implicação/orientação política desse campo específico da antropologia na escolha de seu objeto, na sua análise e na construção de soluções para os problemas encontrados nas diversas realidades sociais estudadas, presente tanto no nascimento dessa área da antropologia em diversos países quanto no atual contexto de globalização.

Partiremos de “narrativas de origem”, contemporaneamente construídas, referentes às diversas antropologias médicas nacionais, que se organizam evidenciando as razões sociais e políticas locais pelas quais nasce, em cada país, uma antropologia voltada para o fenômeno do adoecimento. Autores constatam, por exemplo, que, na origem da AM, sua implicação política aparece especialmente ligada à confrontação proposta entre modelos médicos hegemônicos e tradicionais e à necessidade de oferecer soluções para os problemas de saúde de populações ameríndias e camponesas (Castro, 2003; Campos-Navarro, 2010). Também está presente nas análises críticas atribuídas a expressões de enfermidades em universos mágico-religiosos, identificadas como produtos históricos de relações de subalternidade vividos por classes populares, particularmente eloquentes em estudos que se debruçavam sobre estados de consciência, normalidade psíquica e manifestações de “loucura” nas várias culturas, mas também sobre relações de gênero e expressões corporais ritualizadas do sofrimento feminino (Pandolfi, 1993). Vale dizer que, no campo da AM que reúne os temas da etnopsiquiatria ou da antropologia das emoções, o acúmulo de etnografias em sociedades nas quais a loucura ganhou referências normatizadoras diferentes daquelas que identificavam suas expressões como meramente patológicas, além de ser interpretada a partir de cosmologias mágico-religiosas associadas a diversas terapêuticas populares, foi fundamental para questionar modelos ocidentais dualistas de saúde e patologia mental, fundados em regimes de verdade naturalistas. Trabalhos dessa natureza tiveram importância no alicerce epistemológico que subsidiou, em vários países, referências ideológicas para as lutas antimanicomiais e referências teóricas para os serviços de base comunitária (Cardamone, Zorzetto, 2000). Esses são temas cuja complexidade nos impede de tratá-los no escopo deste artigo e os referimos apenas como indicação do solo sociopolítico sobre o qual se enxertaram e que subsidia até hoje um número fabuloso de estudos que lidam com o tema do lugar social da loucura nas sociedades contemporâneas.

Desse solo fértil originário, a AM evolui como objeto de escrutínio tanto maior quanto mais complexo se torna seu domínio de análise e atuação em contextos que combinam, em grau variado, situações de inovação tecnológica, desigualdades sociais, movimentos migratórios, mudanças sociais importantes, situações de conflito e globalização. Progressivamente, suas análises políticas passam a referir-se à saúde como fenômeno social que ocupa um lugar estratégico na exploração do que está em jogo nas cenas políticas nacional e internacional, focando-se nos determinantes sociais das doenças (Farmer, 1992), nas novas construções e

experiências de adoecimento e de resistência ao fenômeno (Good et al., 2008), bem como nas formas de conceber direitos humanos e processos de saúde-doença-cuidado (Farmer, 2008).

Na construção e transformação identitária da AM no sentido do reconhecimento e debate da sua implicação política, quatro temas parecem relevantes. No primeiro, destaca-se a questão da posição da antropologia no campo da saúde no momento de gênese: ou de estar a reboque do domínio biomédico moderno (daí uma crítica à locução antropologia médica), com relação ao qual ela seria apenas um “saber aplicado” (Castro, Farmer, 2005), ou, ao contrário, de preservar sua autonomia disciplinar e epistemologia própria. Essa autonomia se materializaria a partir de algumas defesas e proposições problematizadoras da hegemonia da biomedicina, o que se dava tanto pela afirmação de uma posição pluralista, evidenciando a legitimidade e complexidade de outros sistemas médicos (Leslie, 1976), como por assumir uma estratégia desestrutivista, que evidencia o caráter social da construção das doenças e dos sistemas de cura, inclusive o biomédico (Lock, Gordon, 1988), e, ainda, pela concepção do adoecimento como um objeto-chave cujo estudo é capaz de desvelar a ordem do social que se encontra metaforizada a partir da ordem do biológico (Augé, 1984).

Segue-se, bem proximamente, a acusação de a antropologia manter uma postura “colonizadora” dirigida às populações não ocidentais estudadas na contemporaneidade (Bhabha, 1997). Em contraposição, surge a teorização de um tipo específico de prática etnográfica, chamada *anthropology at home* (“antropologia em casa”) (Jackson, 1987), na qual os trabalhos de campo se realizam nos territórios de pertencimento de seus pesquisadores, sejam países em desenvolvimento ou de primeiro mundo que desenvolveram a chamada “antropologia periférica” (Oliveira, 1988), sejam países sem tradição colonial.

Em um segundo momento, essa inscrição geográfica do pesquisador em sua própria sociedade responde a uma demanda social de países que passam a viver experiências de multiculturalismo a partir dos movimentos migratórios, abrindo-se também à incorporação de objetos sociais antes considerados excessivamente familiares. Dá origem à desestruturação de práticas biomédicas, habitualmente consideradas “desprovidas de cultura”, ou dotadas de uma neutralidade e legitimidade garantidas pelo método científico. Essa *démarche* ganha vigor com estudos sobre terrenos que evidenciam a produção de conhecimentos e tecnologias de ponta, as “etnografias nos laboratórios” iniciadas por Bruno Latour (1986), bem como do exame do impacto da sua utilização na vida cotidiana (Kaufert, 2000). Curiosamente, nesse momento em que o olhar antropológico se volta para sociedades de primeiro mundo, os desafios da mundialização relançam o interesse de pesquisa para as relações internacionais, estimuladas pelas relações comerciais, de cooperação ou de intercâmbio tecnológico.

Um terceiro ponto é a forte crítica às interpretações antropológicas culturalistas, que essencializam práticas e saberes de saúde, fixando um olhar míope às dimensões sociais e políticas na base da produção dos problemas de adoecimento, bem como da sua falta de solução (Singer, 1986; Farmer, 1992). Desse debate, nasce a proposta da vertente denominada antropologia médica crítica, na América do Norte, e antropologia da saúde, na América Latina e na Europa, dentro da qual Fassin (2000) acrescenta a subvertente “antropologia das políticas da vida”.

Finalmente, esse movimento de autorreflexividade produziu um refinamento epistemológico e metodológico. Surgiram duas ênfases teóricas na AM: as abordagens construtivistas,

de base hermenêutica e fenomenológica; e aquelas chamadas por Fassin (2005) de realistas, adotando quadros teóricos pós-estruturalistas, a partir de autores como Pierre Bourdieu e Michel Foucault, ou releituras de Karl Marx. A primeira vertente relaciona-se à virada interpretativista e à antropologia da experiência – as narrativas ocupam lugar fundamental em suas preocupações. A segunda estabelece uma leitura social e política das relações que ligam indivíduos, grupos e saúde. Embora, durante o período mais acirrado do debate, essa distinção tenha ganhado ares de oposição, uma compreensão mais vasta e atualizada do assunto tende a admitir a pertinência da contribuição dessas duas correntes em uma perspectiva de complementaridade ou de síntese.

Nessa trajetória de grandes debates no campo da AM, nota-se uma inclinação para a prática científica orientada a temas de grande relevância social no plano global, fundamentada em um discurso sociopolítico forte e justificada a partir de uma maior implicação na transformação das realidades sociais, o que denominamos antropologia implicada, para distingui-la do campo semântico e praxiológico pelo qual se definiu a antropologia aplicada. Observa-se que algumas das problemáticas em voga se distanciam do estudo de objetos estritamente alocados no domínio do adoecer humano e buscam sua compreensão a partir de contextos não sanitários. Conforme Fassin (2005, p.383), “elas encontram e renovam as interrogações que formulam, de forma mais geral, os antropólogos que tratam das questões políticas e morais”.¹ Esse deslocamento atualiza o argumento de Augé (1984) – reafirmado por outros (Cambrosio, Young, Lock, 2000) – de não distinguir o que denominava “antropologia da doença” de uma antropologia social.

A questão, no nosso entendimento, está menos no reconhecimento de uma identidade distinta para essa vertente da antropologia, sendo esse o resultado, principalmente, de uma mobilização de recursos e de legitimidade própria de seus agentes e instituições. O mais importante estaria na constatação de que a compreensão das realidades de saúde e de adoecimento se situa profundamente na interface entre experiências humanas de sofrimento, provocadas por eventos que afetam o corpo biológico, existencial e social, e contextos socio-políticos particulares e ampliados que lhes permitem a tradução em sentidos (individuais e coletivos) e em interpretações e explicações (êmicas e éticas). Dito isso, as estratégias analíticas da antropologia para evidenciar as dimensões sociais, culturais e políticas à base dos fenômenos do adoecimento e da saúde são de enorme diversidade e indiscutível complementaridade. O ponto de tensionamento reside nos horizontes éticos e posicionamentos políticos que movem os estudiosos em suas definições temáticas, escolhas teórico-metodológicas e estratégias e táticas de comunicação e utilização de seus resultados e reflexões.

Narrativas de origem e questões político-sociais nacionais

Uma das narrativas de origem mais frequentes é a que conta o início da AM nos EUA, que remonta aos anos 1950 a partir do esforço de antropólogos como Georges Foster e Benjamin Paul (Castro, Farmer, 2005). Isso se explica por razões diversas, desde o fato de ter acontecido nesse país a primeira tentativa de sistematização dessa subárea até pela sua influência sobre diversos países do mundo, por meio do ordenamento de um considerável conjunto de conceitos teóricos utilizados em trabalhos sobre o fenômeno do adoecimento, seja na área

da antropologia, ou em áreas afins, como na saúde coletiva, na sociologia da saúde, na psicologia da saúde etc. O que chama a atenção é um relato da organização dessa subárea com fins muito pragmáticos que, ao subsidiar programas internacionais de saúde pública em sua necessidade de compreender cosmologias autóctones para melhor implementar programas de educação em saúde, acabou ampliando o escopo de atuação da antropologia (Castro, Farmer, 2005) criando “o primeiro campo de pesquisa formulado e sustentado de forma independente” (Leslie, 2001, p.430). No que tange ao contexto sociopolítico, encontram-se referências ligadas à posição já hegemônica dos EUA no cenário mundial e sua atuação em grandes projetos de ajuda ao desenvolvimento. Leslie (2001, p.430) destaca que “na retórica da Guerra Fria, a ajuda a amistosos ‘países do terceiro mundo’ reforçaria seus governos e preveniria o descontentamento revolucionário”. A essa hegemonia política se somaria a presunção de uma superioridade científica ocidental para combater problemas de saúde nos países pobres, dotados de tradições locais “supersticiosas”.

Esse contexto muda progressivamente a partir dos anos 1960: a prática antropológica politiza-se, a partir de tradições teóricas marxistas ou liberais, instituindo-se o rótulo do “politicamente correto”, questionando, entre outros, o dualismo modernidade/tradição (Leslie, 2001). Indiscutivelmente, a cena da AM norte-americana transformou-se radicalmente desde então, por um extraordinário empreendimento de desconstrução e desmistificação da biomedicina que produziu análises críticas à razão instrumental por trás de um projeto de dominação do campo médico-científico sobre uma pluralidade de saberes e práticas de saúde em várias partes do mundo, relativizou a racionalidade de seu conhecimento, inscrevendo-a em tradições culturais específicas, e questionou a pretensa neutralidade de medidas e indicadores de eficácia pautada em padrões biomédicos definidores de critérios para uma “abordagem baseada em evidências”.

Pode-se dizer, no entanto, que, daquele momento fundador com a apreensão sagaz da possibilidade de cooperação entre áreas distintas do conhecimento – em período no qual inexistia um discurso sobre interdisciplinaridade –, restou, em anos mais recentes, a marca praxiológica daquela AM, sem o ranço de subalternidade e de conivência das primeiras experiências, insistindo, porém, sobre a relevância de uma prática engajada, colaborativa e pautada na necessidade de vislumbrar respostas conjuntas entre diferentes áreas do conhecimento (Rossi, 2005; Massé, 2005). Dessa interdisciplinaridade, faz-se vislumbrar uma fundação epistemologicamente unitária das ciências humanas como horizonte da compreensão dos fenômenos do adoecimento e da saúde, derivada de uma abordagem sistêmica na qual os níveis biológico e histórico-social “sejam examinados e interpretados tendo em conta suas relações de integração e ao mesmo tempo sua recíproca autonomia e especificidade” (Seppilli, 2011, p.912).

Em outros países com tradições antropológicas tão fortes e dominantes no cenário mundial quanto a dos EUA, somos surpreendidos pelo fato de a narrativa de origem da AM aparecer de modo mais eufêmico e menos reivindicador de um estatuto de especialidade no campo da antropologia. Referimo-nos especialmente à França e à Inglaterra como dois casos interessantes de variações narrativas. Para tanto, tomaremos um único ponto de inflexão, aquele do reconhecimento da AM como um campo específico.

No caso da França, o reconhecimento da AM encontra resistência por parte de um importante a(u)tor, Marc Augé (1984), para quem aquilo que os antropólogos observam, nos processos terapêuticos (inclusive na prática dos curandeiros) e nas interpretações culturais acerca da produção das doenças, guarda uma proximidade indiscutível com as teorias locais sobre o poder, ganhando interpretação fortemente política, e aparece como uma das dimensões estruturais da sociedade. Apesar dessa defesa de uma compreensão holista do objeto, é curioso verificar que Augé não se abstém de cunhar o nome de “antropologia da doença” para trabalhos com esse recorte, para o que Faizang (2005), assinalando essa originalidade francesa, sugere o estatuto de *appellation d'origine contrôlée*.

Na Inglaterra, talvez por razão semelhante, ou seja, por acreditar que o campo do adoecimento faz parte e alimenta a compreensão da lógica social à base das práticas culturais, outro grande antropólogo, Victor Turner, segundo relato de Frankenberg (2005), resiste a escrever a partir desse recorte. Teria sido sua única obra que pode ser qualificada de médica, *Lunda medicine, and the treatment of disease*, de 1964, escrita a contragosto. Não obstante, foi a experiência posteriormente vivida em um ritual de cura *Ndembu* que lhe permitiu elaborar sua análise geral da liminaridade ritual, teoria de reconhecida influência na AM inglesa, como também sobre autores norte-americanos, conforme ilustram trabalhos da fase inicial de Byron Good (1977).

Sem sombra de dúvida, as AMs francesa e inglesa se distanciaram muito desse aspecto pontual referido às suas origens e assumiram panoramas diversificados e com influências teóricas variadas na atualidade. Evidenciam, porém, o argumento de que o objeto saúde-doença nem sempre é considerado dotado de uma natureza específica quando ele se coloca à reflexão antropológica. Não é à toa que, na trajetória percorrida pela AM, a tendência tem sido a de se utilizar de analisadores mais interdimensionais, resituando seu objeto de estudo em contextos ricos, compostos e imbricados, no afã de apreender sua natureza complexa. Se, para alguns autores, isso pode ter significado a quase indiferenciação do objeto saúde no amálgama do tecido social, para outros, isso significa reconhecer que sua análise reside nos nós tecidos pelas dimensões biológica, existencial, social, cultural e política que lhe dão contornos.

E o que dizer de países cujas antropologias tradicionalmente têm sido consideradas periféricas (Oliveira, 1988)? A despeito das especificidades históricas, observa-se que uma modalidade de narrativa vai-se repetir, à medida que eles compartilhem seja uma posição dominada na geopolítica global, sejam questões identitárias internas muito conflitivas, a ponto de estas se tornarem o tema de predileção.

No Canadá (Bibeau, Graham, Fleising, 2005), a origem da AM advém de um apelo da sua história nacional, em que língua, identidade nacional e multiculturalismo emergem como temas de interesse central. A crise identitária, que marca a história desse país, se refletiria na ausência de um “paradigma original canadense”, ausência interpretada como sinal de vitalidade e abertura, conduzindo-o a uma maior escuta das questões colocadas pela própria sociedade. Durante muito tempo, os estudos canadenses se centraram sobre suas populações indígenas e sobre a migração. Com a mudança do cenário mundial, surgiram novas questões sociais dominantes que influenciaram os interesses intelectuais, diversificando, em grande medida, a cena temática acadêmica.

Na Itália, Pandolfi e Bibeau (2005) destacam a importante conotação regionalista da AM, caracterizada por sua “forte coloração política” e “engajamento sociopolítico” (p.199) até os anos 1980, com grande influência teórica de filósofos como Benedetto Croce e do marxismo de Antonio Gramsci, ligada a uma história atormentada pelas disputas entre o projeto de unificação nacional fascista e fortes culturas regionais, traduzidas em diferentes línguas faladas e importantes diferenças socioculturais. Martinez-Hernáez (2008, p.165) sugere que o etnólogo Ernesto De Martino adota a perspectiva de Croce sobre a relação pedagógica que estaria inscrita em toda relação de hegemonia para orientar sua leitura do mundo mágico das classes subalternas. Segundo esse autor, De Martino empreende uma análise histórica da cultura popular que permite distingui-la dos saberes e interesses da elite, que ele define como “historicização do arcaico” (p.165). Muito dos temas dos antropólogos médicos italianos, a exemplo dos desenvolvidos por Seppilli (1984), seguirão caminhos iniciados por De Martino, centrados no universo cultural dos camponeses pobres, considerados símbolo de alteridade e valorizados nas suas potencialidades para a educação sanitária e promoção da saúde.

No México, nos anos 1960, antropólogos buscam legitimar a presença da AM como um discurso que se opõe à crescente medicalização da sociedade. No final dos anos 1970, apoando-se em estudos de etno-historiadores sobre o pensamento médico indígena e em estudos próprios, autores como Vargas, Lozoya e Zolla procuram evidenciar a medicina tradicional nas relações que ela estabelece com outros sistemas médicos, destacando sua importância prática para vários segmentos da população (Castro, 2003). Esses esforços se contrapõem ao papel desempenhado pela institucionalização do indigenismo como política pública, na segunda metade do século XX, que preconiza a organização de programas de saúde voltados para os indígenas, frutos da colaboração entre a antropologia e as ciências biológicas com a finalidade de difundir práticas médicas ocidentais que pudessem modificar os hábitos de saúde desses povos (Nigenda, Duarte-Gomez, Navarro, 2005).

Muito interessante é o reconhecimento, por parte de autores como Martínez-Hernáez (2008), da proximidade entre a AM histórica e sociopolítica italiana e as AMs desenvolvidas na Espanha e no México, compondo a corrente que ele reúne sob a denominação “neomarxismo periférico” (p.162). Pelos argumentos apresentados por esse autor, existiria um solo teórico comum que marca a identidade dessas AMs e que vai na direção do que Pizza (2005) advoga mais amplamente acerca da necessidade de a AM se debruçar teoricamente sobre os escritos de Gramsci, cuja obra demonstraria largamente sua vocação para uma “observação engajada” de tipo etnográfico da realidade. Pizza identifica na obra de Gramsci “uma tensão dramática e reflexiva” de processos subjetivos de incorporação da dialética social ao que se soma uma observação atenta às “microfísicas da transformação social, à hegemonia do Estado e à capacidade de atuar – agenciamento – individual e coletiva” (p.17). Gramsci teria ainda o mérito de ter resgatado a importância da corporeidade da obra de Marx, negligenciada por outros autores marxistas.

Ainda que se observe uma orientação centrífuga de influências teóricas que conecta autores de diversas AMs periféricas a redes internacionais mais amplas, seu traço marcante de não ultrapassagem das fronteiras nacionais em seus trabalhos de campo é um aspecto que, embora em vias de mudança, ainda distingue países mais ou menos desenvolvidos, ou seja, desde sua origem, essas sempre foram antropologias *at home*. Tal característica está longe de

ser apenas um resquício dos primeiros trabalhos antropológicos. Ela se mantém na tendência contemporânea, principalmente nos países de primeiro mundo, de redefinir objetos de estudo em função das mudanças globalizantes ou globalizadas e em que temas como as relações norte-sul e sul-sul, e seus reflexos no campo da saúde, tais como as inovações e transferências tecnológicas em contexto de mundialização, passam a ocupar lugares bastante relevantes nas agendas de pesquisa da antropologia e da sociologia da saúde (Gaudillièvre, 2006). Isso remete ao jogo de posicionamentos nacionais na geopolítica internacional, chamando a atenção para dois pontos centrais nesses posicionamentos: o poder desigual de vocalização e de reconhecimento dos vários países no debate intelectual internacional e a necessidade de mais democratização dos saberes acerca dos grandes desafios globais atuais.

Dito isso, é necessário destacar as trocas mútuas observadas entre conceitos, vertentes teóricas e temáticas entre países diversos, ainda que, muitas vezes, conceitos advindos das antropologias periféricas tendam a ser mais largamente adotados quando divulgados por autores das antropologias centrais. Verificamos, no entanto, que o caráter nacional das antropologias médicas existe, sobretudo, nas questões sociais e contextos políticos que as informam e interpelam, bem como nos seus estilos próprios, e menos em razão dos autores e teorias que as inspiram. Além disso, os grandes debates e temas de interesse são historicamente datados e mundialmente definidos, embora o tempo de chegada em alguns países possa sofrer um certo *décalage* em função do idioma do país, do acesso aos periódicos e das políticas internas e externas de financiamento à ciência.

Antropolíticas do adoecimento e do sofrimento: alguns grandes debates na contemporaneidade da antropologia médica

É evidente que não pretendemos esgotar a literatura sobre o que está em voga nas agendas de pesquisa e de reflexão da AM contemporânea, o que seria uma tarefa irrealizável. Como é necessário fazer escolhas de temáticas específicas em um campo extremamente profícuo, selecionamos obras (artigos e capítulos de livros) que empreendem debates epistemológicos ou que apresentam etnografias sobre a AM referindo-se aos aspectos que informam uma leitura sociopolítica das realidades de saúde/doença, ainda que a partir de vertentes teóricas diferenciadas. Numa tentativa de sistematização, nesse artigo, proporemos três grandes grupos: (1) a “antropologia médica crítica”, que se orienta a partir de uma economia política da saúde (Young, 1976; Waitzkin, 1981; Menendéz, 1981; Navarro, 1985) e focaliza as relações de poder e as desigualdades sociais associadas à produção das doenças (Farmer, 1992; Wilkinson, 1996); (2) os estudos hermenêuticos e fenomenológicos que buscam compreender o sofrimento social a partir de narrativas, que podemos agrupar sob o nome de “antropologia do sofrimento” (Kleinman, Lock, Das, 1997; Das et al., 2001); e (3) os estudos em torno dos conceitos de biopoder, de biopolítica e de biosocialidade, fortemente presentes na reflexão daqueles que trabalham no campo das biociências e das biotecnologias (Rabinow, 1992; Bibeau, Graham, Fleising, 2005).

É importante salientar que: (a) se observam grandes intersecções entre esses três grupos, havendo autores cujas produções podemos situar em mais de um deles; (b) não há intenção de estabelecer uma linearidade na cronologia entre os mesmos (apenas em alguns casos

constata-se que discussões movidas por um grupo têm influência sobre outros), já que muitos dos debates eram travados simultaneamente; (c) a problemática política e social nem sempre caracteriza toda a obra de um mesmo autor; (d) inevitavelmente, nem todos os autores que abordam essa temática foram incluídos. Por fim, a delimitação desses três grupos tem finalidades heurísticas e nos facilitará ressaltar o nosso tema central de interesse.

Antropologia médica crítica

Nos anos 1980, nos EUA, dentro de uma corrente autodenominada “antropologia médica crítica”, alguns antropólogos passaram a defender modos de explicação das realidades de saúde e doença a partir da relação entre capitalismo e sociedade, lançando mão de teorias sociais e econômico-políticas da enfermidade (Martínez-Hernández, 2008). Pode-se dizer que essa corrente antropológica filia-se a uma longa tradição das ciências sociais médicas e da “medicina social” de investigar a distribuição de serviços de saúde, o papel do poder nas relações e transações de cuidado à saúde e as instituições sociais e iniquidades responsáveis pela distribuição da morbidade e mortalidade – temas que Arthur Kleinman (apud Good, 1994, p.56) qualifica de “produção social das doenças” para contrastar com a “construção social das doenças”, comum nas abordagens construtivistas. Good (1994) atribui a Keesing a origem dessa linha de pensamento crítico à antropologia interpretativa, fundamentada na ideia de que “[culturas] constituem ideologias, disfarçando políticas humanas e realidades econômicas ... culturas são redes de mistificação tanto quanto de significação” (Keesing, 1987, p.161).

No México, é especialmente a partir dos trabalhos de Eduardo Menéndez que essa vertente crítica ganha proeminência, inclusive na América Latina e na Espanha. Um de seus importantes conceitos foi o de “modelo médico hegemonic”, atribuído à biomedicina, caracterizando-a como biologicista, a-histórica, associal, individualista e pragmática (Castro, 2003, p.49). Outro conceito fundamental, “necessidades sociais de saúde” (Menéndez, 1981), deve ser entendido a partir de um “sistema geral de transações” que estabelecem entre si os vários segmentos das populações, orientados por relações de dominação/subalternidade. Esses conceitos, articulados nos planos ideológico, social, econômico e político, têm sido largamente utilizados em estudos sobre a produção social das enfermidades, analisando, particularmente, de que modo esse sistema de transações serve como mecanismo de obstáculo às estratégias populares de resistência, apresentando-se como ferramentas teóricas marcadamente relevantes em períodos em que diversos países da América Latina viveram sistemas políticos ditoriais.

Nos EUA, um dos autores atuais mais influentes dessa vertente teórica, Paul Farmer, publica, em 1992, uma obra seminal na qual lança forte clamor aos pesquisadores no sentido de que questionem interpretações “culturalistas” para fenômenos que teriam explicações muito mais evidentes se fossem interpretados à luz das determinações sociais das doenças. Segundo Farmer (1992, p.111), “reduzir pobreza e desigualdade, resultados de um longo processo de empobrecimento, à diferença cultural” é uma leitura equivocada que serve à construção de “mistificações” de culturas alheias. Disparidades populacionais de morbidade e mortalidade, bem como várias formas de opressão e sofrimento, estão inscritas em “realidades biossociais” que devem ser lidas sob o prisma das violências estruturais, significadas a partir de rationalidades históricas e produzidas em engrenagens globais.

A guerra e o pós-guerra, as grandes catástrofes ambientais, a ajuda humanitária envolvida nelas, os deslocamentos dos exilados e os desafios relacionados à saúde das populações em decorrência desses eventos também viram objetos antropológicos. Observam-se, por exemplo, estudos que propõem reflexões importantes acerca dos elementos políticos, econômicos, sociais e humanos que estão em jogo nessas intervenções, tomando como pano de fundo os vários interesses e correlações de força na geopolítica mundial globalizada (Pandolfi, 2003; Spoljar-Vrzina, 2002). Destaca-se aqui a presença, nas revistas de grande circulação internacional, de artigos de antropólogos nativos, resultante possível de recentes críticas nos chamados estudos pós-coloniais sobre a importância de análises etnográficas “de dentro” (Bhabha, 1997).

Nessa perspectiva, Spoljar-Vrzina (2002), de origem croata, analisa a situação do pós-guerra na ex-Iugoslávia, no que tange à ajuda internacional e à situação dos exilados, centrando-se na questão específica das necessidades de saúde. A autora reconhece a importância do papel desempenhado por diversos antropólogos críticos “de fora” no que chama de “testemunho engajado” do sofrimento impetrado por condições de conflito; contudo, discute aspectos problemáticos de certos programas de pesquisa, tais como a futilidade do furor por “classificações científicas do sofrimento” que produzem realidades fictícias; a questionável utilidade de estratégias não baseadas em demandas populacionais específicas, mas orientadas por estratégias políticas dos fundos de pesquisa; e o risco de procedimentos que “retraumatizem os já traumatizados”. Esse risco, no contexto de saúde, é atribuído a atuações humanitárias que desconhecem as necessidades reais de saúde das pessoas, negam sua história pregressa, desconsideram instituições locais – impondo-lhes tecnologias de ação focalizadas e transitórias, muitas vezes condizentes com interesses de mercado, ou culturalmente inadequadas – ou que expropriam o direito dessas populações de decidir, elas mesmas, como melhor utilizar os fundos internacionais destinados aos danos de guerra.

Para além de contextos de guerra e áreas de conflito, na Europa e na América do Norte, estudos antropológicos críticos detêm-se sobre as consequências dos grandes processos recentes de imigração de várias partes do mundo, com efeitos particulares sobre os serviços de saúde e sobre as estratégias sanitárias e de atenção propostas. A uma preocupação mais recorrente desses estudos quanto aos desafios da complexidade do multiculturalismo, tem-se somado uma problematização mais atual interessada nos efeitos da interveniência de problemas ligados a pobreza e marginalização social de grandes contingentes desses migrantes, sustentando acalorados debates em torno do que se identifica como o risco de confundir conflito social com diferença cultural. No intuito de analisar criticamente uma política francesa em voga, voltada para administrar a chamada “nova questão social” (Rosanvallon, 1995), que designa uma maneira particular de “sofrer pelo social”, identificada no final do século XX, Fassin (2004) se debruça sobre uma rica etnografia em torno dos “lugares de escuta” desse sofrimento, dispositivos desenvolvidos na França por determinação dessa política. Atento ao valor do trabalho realizado pelos profissionais dos serviços, o autor, no entanto, problematiza a tendência à psicologização do sofrimento em escuta, à predominância do ethos da compaixão e da pacificação das margens e das condutas, no lugar da produção de práticas coletivas que visem à modificação das experiências de desigualdade social e de estratégias que visem à justiça social.

Antropologia do sofrimento

Movido pelo debate lançado pela antropologia médica crítica, um dos principais autores da vertente conhecida como “antropologia da experiência”, Kleinman, no final dos anos 1990, cunha a expressão “sofrimento social” como categoria-chave para a análise de certas realidades sociais, fundando assim o que ficou chamado de “antropologia do sofrimento” (Kleinman, Lock, Das, 1997). O conceito se refere a um conjunto de problemas humanos que se originam de danos devastadores, tais como a guerra, a fome, a depressão, produzidos na interface das influências que poderes políticos, institucionais e econômicos exercem sobre as pessoas e grupos, bem como sobre o modo pelo qual eles respondem a esses problemas.

Kleinman (1995) parte da ideia de que o reconhecimento do sofrimento é um passo fundamental para sua compreensão, defendendo o respeito por aquilo que inquieta e aflige as comunidades estudadas. Chama a atenção para o risco de que suas apropriações inadequadas, pelas vias da medicalização, da instrumentalização ou da modelização, desumanizem esse sofrimento ao deslegitimá-lo, retirando-o do seu domínio moral particular, no afã de explicá-lo ou interpretá-lo, lançando mão, muito rapidamente, de categorias científicas, inclusive das ciências sociais, ou de representações midiáticas. Para evitar esse risco, esses estudos priorizam etnografias que se debruçam sobre a tessitura intersubjetiva da construção cultural dos fenômenos e sobre as narrativas dos sujeitos relacionando-os à maneira com que as questões políticas e as dinâmicas sociais atuam no interior das sociedades estudadas. Para Kleinman, compreender o que está sob ameaça para as pessoas de um dado lugar, o que modela o caráter de perigo e as condições de sua transcendência exige examinar as categorias etnopsicológicas-chave e os processos que as orientam para uma experiência prática; as condições humanas que oferecem resistência à elaboração de planos e ações no fluxo da vida (as resistências compartilhadas); e a dialética entre essas resistências e as estruturas relevantes culturalmente construídas.

Na coletânea (Kleinman, Lock, Das, 1997) que lançou esse conceito, vários autores tentaram traduzir a experiência do sofrimento social em contextos culturais diversos. Bowker (1997) busca, no entendimento religioso da sociedade, compreensões para a “presença do mal” (as injustiças e as desigualdades sociais que podem estar contidas nessa categoria êmica), mas também respostas concretas para isso. Ramphale (1997), pelo estudo das “viúvas políticas” do *apartheid* na África do Sul, descreve as mediações entre o corpo-eu e o corpo-político (*body selfe* e *body politic*) na dinâmica empreendida, na tentativa de lidar com a ambiguidade própria desse lugar social marginal e dos perigos rituais associados. A autora admite a limitação de agenciamento dessas mulheres em uma sociedade na qual as relações de gênero permitem que a dor privada seja homogeneizada e transformada em estereótipo de luto público, transformando a heroização do morto em heroização da viúva. Cenário semelhante é descrito por Das (1997), que se refere à apropriação do corpo das mulheres, na Índia, como resultado de tragédias coletivas e segue o percurso de um contexto moral local em que a “morte silenciosa”, concebida como a “má morte”, favorece um deslocamento da dor do corpo próprio para o corpo do outro. Compreendendo esse processo como sinal de uma limitação dos recursos tradicionais de expressão e representação da dor do luto, Das conclui que “a dor é o meio pelo qual a sociedade estabelece sua propriedade sobre os indivíduos”

(p.88). Também movido pela intenção de compreender como pessoas e grupos, por intermédio de suas culturas e vivências, produzem ferramentas para significar e lidar com experiências dolorosas, Langer (1997) realiza um estudo com sobreviventes do Holocausto. Admitindo, a partir de seus testemunhos, que não é possível dar sentido a uma situação de atrocidade extrema e que também não é, portanto, possível ser curado dessa dor, o autor vê emergirem, desses relatos, as expressões do que chama de “tempo permanente”, a partir do qual ganha sentido a necessidade da “visão alarmada”, recorrente nas histórias do Holocausto.

Em 2001, um novo conjunto de etnografias (Das et al., 2001) revisita o tema do sofrimento social; seus autores se preocupam em descrever principalmente as estratégias de reconstrução de atrocidades vividas. As narrativas se referem a períodos turbulentos de terror ou de guerra civil em realidades tão diferentes quanto Sri Lanka, Tailândia e África do Sul, ou resultantes de histórias de opressão e marginalização, como aquelas vividas por índios canadenses. Como exemplos, Perera (2001) descreve, no Sri Lanka, mecanismos colocados em ação por meio de possessões espirituais e pelo aparecimento de fantasmas vingadores como instrumentos de rememoração e de elaboração de sofrimentos. A autora analisa esses “mecanismos tradicionais de cura” sob o pano de fundo de uma sociedade em que a justiça secular e a ordem foram francamente subvertidas, criando um sentimento de descrença quanto à punição dos culpados e quanto à proteção dos cidadãos por parte do Estado. Já Adelson (2001) traça o processo de reconstrução identitária pelo qual índios canadenses vêm passando, que inclui o que chama de “reimaginação da aboriginalidade” como tentativa de produzir uma resposta social à violência historicamente sofrida. Aboriginalidade seria um conjunto de histórias e ações, uma série de fusões entre o velho e o novo, que funcionam como mediadores na negociação identitária com o Estado-nação e como recurso de empoderamento. Esse, se não uma cura, diz o autor, pode ser considerado um “processo de recuperação”.

O conjunto desses estudos pioneiros, escritos no final da década de 1990 e início dos anos 2000, inspira numerosos outros aportes sobre sociedades em situação de conflito, vivências de guerra, traumas de genocídios, sociedades marcadas por violência urbana e violência de gênero, chegando a realidades mais comuns em que os sentimentos de sofrimento são provocados por vivências de desigualdades sociais, discriminação ou conflitos de classe. No campo da saúde mental, multiplicam-se os escritos que identificam situações macrossociais de desregulação e precarização do mercado de trabalho que, somadas à hegemonia dos tratamentos somáticos, fruto de imposições mercadológicas das indústrias farmacêuticas, funcionam como importantes entraves aos esforços de desinstitucionalização empreendidos em diversos contextos nacionais. Como consequência, observa-se uma “nova institucionalização, ainda que dessa vez descentralizada, de enfermos crônicos” (Correa Urquiza et al., 2006, p.54), “confinados na arena social do não lugar” (p.65) e a mercantilização do sofrimento (Desviat, 2010). Esses estudos e textos são, em si mesmos, uma resposta à demanda que se faz, cada vez com maior veemência, na AM, de leituras mais políticas da realidade social, colocando em questão relações de poder e de dominação, condições humanas de extremo sujeitamento, condições estruturais particularmente violentas nas quais os sujeitos sintam reduzidas suas possibilidades de agenciamento, mas que, ainda assim, permitem nos ensinar acerca das estratégias humanas de responder, ou resistir, a essas situações extremas ou às várias situações de produção de sofrimento social.

Antropologia do biopoder

Durante alguns anos, a politização da AM foi, de certo modo, uma resposta ao que era considerado uma excessiva culturalização dos processos sociais de adoecimento e sofrimento humanos, a críticas dirigidas a um suposto conceito cristalizado de cultura, mas também ao que era julgado uma análise cultural quase sempre empreendida por um olhar “de fora”, voltado para sociedades periféricas, pobres, ou ex-colônias. Para Bibeau, Graham e Fleising (2005), uma vez atenuado o período das “guerras culturais”, ou seja, os grandes debates com o objetivo de estabelecer uma compreensão histórica, atuante e política para as culturas, um grupo de autores teria passado a se ocupar da “guerra das ciências”. Tais estudos são realizados, no início dos anos 2000, principalmente em países de capitalismo avançado, isso porque “nós vivemos em um período no qual a biopolítica constitui a estratégia principal utilizada para a manutenção das sociedades pós-industriais” (p.27). Esses trabalhos, que ganharam grande projeção internacional no campo da AM contemporânea, se globalizando progressivamente, se inspiram essencialmente em conceitos como biopoder (Foucault, 1976), biosocialidade (Rabinow, 1992), e biopolítica, este último cunhado por Margareth Lock “para relacionar estudos de atribuição de significados para as doenças e do modo como elas desafiam as categorias ‘naturais’ da biomedicina com o exame das relações sociais que produzem as formas e a distribuição das doenças nas sociedades” (Guarnaccia, 2001, p.427).

Tal reorientação corresponde à mudança de lugar das biotecnologias, sobretudo em países de primeiro mundo (Lock, Bibeau, 1992), e ao fenômeno da “geneticização” da sociedade (Lippman, 1991). Lock, em recente palestra (Fendos, 2009), pontua que o interesse dos antropólogos por esses temas foi crescendo à medida que eles passaram a ter efeitos sobre a vida cotidiana das pessoas, fosse pela informação crescente, especialmente veiculada pela grande mídia, fosse pelas implicações sociais do estabelecimento de perfis genéticos, fosse pelos dilemas morais provocados pela reprodução de plantas e animais híbridos, aventando a possibilidade de hibridação da própria espécie humana: “o advento da revolução genômica traz consigo importantes questões societais, políticas e sociais que têm o potencial de mudar radicalmente tanto a vida quanto a interação humana” (Fendos, 2009, p.167).

A respeito dos novos conhecimentos em genética, Rayna Rapp (1999, 2000, 2001) tem desenvolvido estudos acerca de seus efeitos sobre grupos particulares, a que denomina “tecnologias em ação”, em que observa como são entendidas, apropriadas e, ocasionalmente, refutadas. Foi estudado, entre outros aspectos, o impacto social de testes de diagnósticos pré-natais, como o que permite identificar a síndrome de Down (Rapp, 2000) e o que permite detectar o gene indicador de acondroplasia (Rapp, 1999). A autora evidencia a que ponto as narrativas em torno desses testes podem variar de acordo com o posicionamento das pessoas, seja em grupos que se sentem ameaçados por essas descobertas, tais como os anões, que se dizem “uma espécie em perigo de extinção”, seja em grupos que defendem a interrupção da gravidez. Para os primeiros, a diferença fenotípica tem sido normalizada e encontrou meios de suporte social, enquanto, para os outros, essas diferenças traduzem apenas deficiência e patologia, e devem ser eliminadas, trazendo à tona velhos medos, como os da eugenia e do preconceito (Rapp, 2001).

Lock (2000), por sua vez, apresenta importantes contribuições na relação entre culturas e “biologias locais”, contextualizando os efeitos das biotecnologias. Evidencia como diferentes

valores são capazes de modelar formas de uso e representação das biotecnologias e das tecnociências, ilustrando isso nas práticas referentes à doação de órgãos, aceitas nos EUA e praticamente um tabu no Japão, relacionadas à forma de construção e experiência de dimensões humanas tais como a pessoa, o nascimento e a morte.

Demonstra-se a que ponto a ciência pode ser considerada uma “questão” a ser abordada por esforços de análise sociocultural tanto quanto, na época de Evans-Pritchard, o estudo do oráculo dos Azande o foi (Cambrosio, Young, Lock, 2000). Ela também é um campo por excelência quando o que interessa são as formas de “politização do corpo”, tomando política pelos mecanismos que combinam e vão além das técnicas disciplinares – que atingem os corpos individuais – e das políticas de controle das populações (Foucault, 1976), mediadas tanto pelas arenas das políticas de saúde como da clínica. São destacados também os modos pelos quais pacientes, famílias e grupos associativos têm participado dessas “políticas da vida”, contribuindo na sua gestão e criando formas de “biosocialidade”, anunciada pela constituição de grupos organizados a partir de “novas identidades e práticas” (Rabinow, 1992). Assim, se novos diagnósticos têm surgido, as pessoas têm aprendido a lidar com eles e a manipulá-los a seu benefício, como nos casos analisados por Dumit (2006) acerca da síndrome de fatiga crônica e outras “doenças emergentes”.

Considerações finais: das políticas de interpretação às políticas de reação

O escrutínio de formas de consciência históricas (Comaroff, Comaroff, 1987), evidenciadas por meio de expressões variadas dos imaginários e das experiências humanas, esculpidas por intermédio das suas formas culturais, tem sido uma tarefa empreendida por antropólogos nas suas estratégias etnográficas. Esse exercício analítico, combinando rigor metodológico e criatividade interpretativa, tem oferecido textos que aportam *insights* bastante originais e consistentes sobre o que está em jogo nas infinitesimais formas pelas quais realidades concretas de saúde e de adoecimento estruturam e são estruturadas, evidenciam ou encobrem diferenças sociais, relações de dominação, desigualdades econômicas e interesses políticos. A leitura de vários desses textos, ao nos confrontar com realidades de guerra, terror, exclusão e violência, tende a nos produzir sentimentos de desestabilização, horror, indignação, aliados a um impulso de agir. Alguns outros, ao colocar entre parênteses realidades naturalizadas, permitindo desconstruí-las pela revelação das dinâmicas e tramas sociais e políticas que as engendram, nos permitem um exercício de reflexividade. No entanto, traduzindo outras sociedades a partir dessas escolhas temáticas e teóricas, a antropologia não apenas nos permite o acesso ao *modus operandi* destas no que tange às interseções que operam as dimensões social, cultural e política das sociedades; ela nos confronta com o seu potencial de revelação. Desse modo, ela nos lança em um desafio também autorreflexivo, no qual o poder de desvelamento se coloca na interface estabelecida entre escolhas pessoais de autores, movimentos coletivos de pares e demandas históricas.

A trajetória traçada pela AM serve como exemplo paradigmático dos movimentos de uma área que se interroga sobre suas fronteiras no interior de seu próprio campo e para fora dele. Para dentro, destacam-se os grandes debates que a lançaram em um movimento de politização de suas análises das realidades de saúde e doença. Como consequência, nota-se

a multiplicação de realidades de estudo que evidenciam que jogos de poder e de dominação podem desenrolar-se em realidades inusitadas, mas que, em algumas sociedades, esse jogos se dão de forma mais desigual e opressiva. Para fora do campo, percebe-se o reconhecimento de que seu objeto de estudo a lança privilegiadamente em análises mais vastas da ordem do social e a consciência de que a complexidade de seu objeto demanda leituras interdisciplinares; mais ainda, de que é necessário aliar uma posição de revelação e de denúncia a uma outra, de engajamento e ação. Algumas das vertentes inscrevem mais claramente essa necessidade na sua retórica quando enunciam objetivos de transformação das situações encontradas nos locais estudados. No entanto, é inegável que esse objetivo tem sido perseguido por todas quando observamos a ética da implicação que orienta etnografias que engajam antropólogos por longos períodos em duras realidades e que se expressa nas suas leituras críticas de espaços locais ou globalizados de hegemonias bem estabelecidas.

Esse movimento para dentro e para fora se observa também quando o que informa e configura a trajetória da AM está diretamente vinculado a contextos históricos e políticos nacionais e internacionais. Nesse sentido, a política é constitutiva do campo, o que fica claro desde a construção das próprias narrativas de origem até o lugar ainda desigual que as várias antropologias nacionais ocupam hoje na geopolítica internacional, no seu poder de vocalização (incluindo aqui a questão da língua) e de influência, o que está ligado a questões como financiamento, capacidade de internacionalização de seu conhecimento e definição de agendas de pesquisa.

NOTA

¹ Nesta e nas demais citações de textos em língua estrangeira, a tradução é livre.

REFERÊNCIAS

- ADELSON, Naomi.
Reimagining aboriginality: an indigenous people's response to social suffering. In: Das, Veena et al. (Ed.). *Remaking a world: violence, social suffering and recovery*. Berkeley: University of California Press. p.76-101. 2001.
- AUGÉ, Marc.
Ordre biologique, ordre social: la maladie, forme élémentaire de l'événement. In: Augé, Marc; Herzlich, Claudine (Dir.). *Le sens du mal: anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris: Editions des archives contemporaines. p.35-91. 1984.
- BHABHA, Homi.
Of mimicry and man: the ambivalence of colonial discourse. In: Cooper, Frederick; Stoler, Ann (Ed.). *Tensions of the empire, colonial cultures in a bourgeois world*. Berkeley: University of California Press. 1997.
- BIBEAU, Gilles; GRAHAM, Janice E.; FLEISING, Usher.
Biosciences et biotechnologies sous surveillance ethnographique: où se situent les anthropologues médicaux canadiens? In: Saillant, Francine; Genest, Serge (Dir.). *Anthropologie médicale: ancrages locaux, défis globaux*. Québec: Les Presses de l'Université Laval. p.23-59. 2005.
- BOWKER, John W.
Religion, society, and suffering. In: Kleinman, Arthur; Lock, Margareth; Das, Veena (Ed.). *Social suffering*. Berkeley: University of California Press. p.359-382. 1997.
- CAMBROSIO, Alberto; YOUNG, Allan; LOCK, Margareth.
Introduction. In: Lock, Margareth; Young, Allan; Cambrosio, Alberto (Dir.). *Living and working with the new medical technologies: intersections of inquiry*. Cambridge: Cambridge University Press. p.1-16. 2000.
- CAMPOS-NAVARRO, Roberto.
La enseñanza de la Antropología Médica y la Salud Intercultural en México: del indigenismo culturalista del siglo XX a la interculturalidad en

- salud del siglo XXI. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, v.27, n.1, p.114-22. 2010.
- CARDAMONE, Giuseppe; ZORZETTO, Sergio. *Salute mentale di comunità: elementi di teoria e pratica*. Milano: Franco Angeli. 2000.
- CASTRO, Arachu; FARMER, Paul. L'anthropologie médicale aux États-Unis. In: Saillant, Francine; Genest, Serge (Dir.). *Anthropologie médicale: ancrages locaux, défis globaux*. Québec: Les Presses de l'Université Laval, p.91-112. 2005.
- CASTRO, Roberto. Ciencias Sociales y Salud en México: movimientos fundacionales y desarrollos actuales. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.8, n.1, p.47-62. 2003.
- COMAROFF, John L.; COMAROFF, Jean. The madman and the migrant: work and labour in the historical consciousness of a South African people. *American Ethnologist*, v.14, n.2, p.191-209. 1987.
- CORREA-URQUIZA, Martín et al. La evidencia social del sufrimiento: salud mental, políticas globales y narrativas locales. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, v.22, p.47-69. 2006.
- DAS, Veena. Language and body: transactions in the construction of pain. In: Kleinman, Arthur et al. (Ed.). *Social suffering*. Berkeley: University of California Press. p.67-92. 1997.
- DAS, Veena et al. *Remaking a world: violence, social suffering and recovery*. Berkeley: University of California Press. 2001.
- DESVIAT, Manuel. Los avatares de una ilusión: la reforma psiquiátrica en España. *Cuadernos de Trabajo Social*, v.23, p.253-263. 2010.
- DUMIT, Joseph. Illnesses you have to fight to get: facts as forces in uncertain, emergent illnesses. *Social Science & Medicine*, v.62, n.3, p.577-590. 2006.
- FAINZANG, Sylvie. L'anthropologie médicale en France. In: Saillant, Francine; Genest, Serge (Dir.). *Anthropologie médicale: ancrages locaux, défis globaux*. Québec: Les Presses de l'Université Laval. p.155-173. 2005.
- FARMER, Paul. Challenging orthodoxies: the road ahead for health and human rights. *Health And Human Rights*, v.10, n.1, p.5-19. 2008.
- FARMER, Paul. *AIDS and accusations: Haiti and the geography of blame*. Berkeley: University of California Press. 1992.
- FASSIN, Didier. Le sens de la santé: anthropologie des politiques de la vie. In: Saillant, Francine; Genest, Serge (Dir.). *Anthropologie médicale: ancrages locaux, défis globaux*. Québec: Les Presses de l'Université Laval, p.383-400. 2005.
- FASSIN, Didier. *Des maux indicibles: sociologie des lieux d'écoute*. Paris: La Découverte. 2004.
- FASSIN, Didier. Entre politiques du vivant et politiques de la vie. Pour une anthropologie de la santé. *Anthropologie et Société*, v.24, n.1, p.95-116. 2000.
- FENDOS, Justin. Genetics and genomics as an anthropological subject: approaching with caution. *Yale Journal of Biology and Medicine*, v.82, n.4, p.167-169. 2009.
- FOUCAULT, Michel. *Histoire de la sexualité 1: la volonté de savoir*. Paris: Gallimard. 1976.
- FRANKENBERG, Ronald. Le passé, le présent et l'avenir de l'anthropologie médicale en Grande-Bretagne. In: Saillant, Francine; Genest, Serge (Dir.). *Anthropologie médicale: ancrages locaux, défis globaux*. Québec: Les Presses de l'Université Laval. p.289-330. 2005.
- GAUDILLIÈRE, Jean-Paul. Globalization and regulation in the biotech world: the transatlantic debates over cancer genes and genetically modified crops. *Osiris*, v.21, p.251-272. 2006.
- GOOD, Byron. Illness representations in medical anthropology: a reading of the field. In: Good, Byron. *Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press. p.25-63. 1994.
- GOOD, Byron. The heart of what is the matter: the semantics of illness in Iran. *Culture, Medicine and Psychiatry*, v.1, n.1, p.25-58. 1977.
- GOOD, Byron J. et al. Postcolonial disorders: reflections on subjectivity in the contemporary world. In: Good, Mary-Jo Delvecchio et al. (Org.). *Postcolonial disorders*. Berkeley: University of California Press. p.1-40. 2008.

- GUARNACCIA, Peter J.
Introduction: the contributions of medical anthropology to anthropology and beyond. *Medical Anthropology Quarterly*, v.15, n.4, p.423-427. 2001.
- JACKSON, Anthony.
Anthropology at home. London: Tavistock Publications. 1987.
- KAUFERT, Patricia.
Screening the body: the pap smear and the mammogram. In: Lock, Margareth; Young, Allan; Cambrosio, Alberto. *Living and working with the new medical technologies: intersections of inquiry*. Cambridge: Cambridge University Press. p.165-183. 2000.
- KEESING, Roger Martin.
Anthropology as interpretative quest. *Current Anthropology*, v.28, n.2, p.161-176. 1987.
- KLEINMAN, Arthur.
Suffering and its professional transformation: toward an ethnography of interpersonal experience. In: Kleinman, Arthur. *Writing at the margin: discourse between anthropology and medicine*. Berkeley: University of California Press. p.95-119. 1995.
- KLEINMAN, Arthur; LOCK, Margareth; DAS, Veena (Ed.).
Social suffering. Berkeley: University of California Press. 1997.
- LANGER, Lawrence L.
The alarmed vision: social suffering and Holocaust atrocity. In: Kleinman, Arthur; Lock, Margareth.; Das, Veena (Ed.). *Social suffering*. Berkeley: University of California Press. p.47-66. 1997.
- LATOUR, Bruno.
Laboratory life: the construction of scientific facts. New Jersey: Princeton University Press. 1986.
- LESLIE, Charles.
Backing into the future. *Medical Anthropology Quarterly*, v.15, n.4, p.428-439. 2001.
- LESLIE, Charles.
Asian medical systems: a comparative study. Berkeley: University of California Press. 1976.
- LIPPMAN, Abby.
Prenatal genetic testing and screening: constructing needs and reinforcing inequities. *American Journal of Law and Medicine*, v.17, n.1-2, p.15-50. 1991.
- LOCK, Margareth.
On dying twice: culture, technology and the determination of death. In: Lock, Margareth; Young, Allan; Cambrosio, Alberto (Ed.). *Living and working with new medical technologies*.
- Cambridge: Cambridge University Press. p.233-262. 2000.
- LOCK, Margareth; BIBEAU, Gilles.
Healthy disputes: some reflections on the practice of medical anthropology in Canada. *Health and Canadian Society*, v.1, n.1, p.147-175. 1992.
- LOCK, Margareth; GORDON, Deborah R.
Biomedicine examined. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers. 1988.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Ángel.
Medicina, ciéncia e crença: uma história da antropologia médica. In: Martínez-Hernáez, Ángel. *Antropología médica: teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Antropos. p.11-44. 2008.
- MASSÉ, Raymond.
L'anthropologie de la santé au Québec: pour une conjugaison des approches et des méthodes. In: Saillant, Francine; Genest, Serge (Dir.). *Anthropologie médicale: ancrages locaux, défis globaux*. Québec: Les Presses de l'Université Laval. p.61-90. 2005.
- MENÉNDEZ, Eduardo.
Poder, estratificación y salud: análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatan. México: Ediciones de la Casa Chata. 1981.
- NAVARRO, Vicente.
U.S. Marxist scholarship in the analysis of health and illness. *International Journal of Health Services*, v.15, n.4, p.525-545. 1985.
- NIGENDA, Gustavo; DUARTE-GOMEZ, Maria Beatriz; NAVARRO, Roberto Campos.
L'anthropologie médicale au Mexique: tendances récentes dans la recherche et l'enseignement. In: Saillant, Francine; Genest, Serge (Dir.). *Anthropologie médicale: ancrages locaux, défis globaux*. Québec: Les Presses de l'Université Laval. p.133-154. 2005.
- OLIVEIRA, Roberto Cardoso.
Por uma etnografia das antropologias periféricas. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1988.
- PANDOLFI, Mariella.
Contract of mutual (in)difference: governance and the humanitarian apparatus in contemporary Albania and Kosovo. *Indiana Journal of Global Legal Studies*, v.10, n.1, p.369-389. 2003.
- PANDOLFI, Mariela.
Le self, le corps, "la crise de la présence". *Anthropologie et Sociétés*, v.17, n.1-2, p.57-78. 1993.

- PANDOLFI, Mariella; BIBEAU, Gilles. Souffrance, politique, nation: une cartographie de l'anthropologie médicale italienne. In: Saillant, Francine; Genest, Serge (Dir.). *Anthropologie médicale: ancrages locaux, défis globaux*. Québec: Les Presses de l'Université Laval. p.199-232. 2005.
- PERERA, Sasanka. Spirit possessions and avenging ghosts: stories of supernatural activity as narratives of terror and mechanisms of coping and remembering. In: Das, Veena et al. (Ed.). *Remaking a world: violence, social suffering and recovery*. Berkeley: University of California Press. p.157-200. 2001.
- PIZZA, Giovanni. Antonio Gramsci y la Antropología Médica Contemporánea: hegemonía, "capacidad de actuar" (agency) y transformaciones de la persona. *Revista de Antropología Social*, v.14, p.15-32. 2005.
- RABINOW, Paul. Artificiality and enlightenment: from sociobiology to biosociality. In: Crary, Jonathan; Kwinter, Sanford (Ed.). *Incorporations*. New York: Zone. p.234-252. 1992.
- RAMPHELE, Mamphela. Political widowhood in South Africa: the embodiment of ambiguity. In: Kleinman, Arthur; Lock, Margareth; Das, Veena (Ed.). *Social suffering*. Berkeley: University of California Press. p.99-118. 1997.
- RAPP, Rayna. Gender, body, biomedicine: how some feminist concerns dragged reproduction to the center of social theory. *Medical Anthropology Quarterly*, v.15, n.4, p.466-477. 2001.
- RAPP, Rayna. Extra chromosomes and blue tulips: medico-familial interpretations. In: Lock, Margareth; Young, Allan; Cambrosio, Alberto (Ed.). *Living and working with new medical technologies*. Cambridge: Cambridge University Press. p.184-207. 2000.
- RAPP, Rayna. Testing women, testing the fetus: the social

impact of amniocentesis in America. New York: Routledge. 1999.

ROSSI, Illario. L'anthropologie entre médecine et société: les interfaces helvétiques de la santé. In: Saillant, Francine; Genest, Serge (Dir.). *Anthropologie médicale: ancrages locaux, défis globaux*. Québec: Les Presses de l'Université Laval. p.331-354. 2005.

ROSANVALLON, Pierre. *La nouvelle question sociale: repenser l'État providence*. Paris: Seuil. 1995.

SEPPILLI, Tullio. Saúde e antropologia: contribuições à interpretação da condição humana em ciências da saúde. *Interface*, v.15, n.38, p.903-914. 2011.

SEPPILLI, Tullio. La medicina popolare in Italia. *La Ricerca Folklorica*, n.8, p.3-136. 1984.

SINGER, Merrill. Developing a critical perspective in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, v.17, n.5, p.128-129. 1986.

SPOLJAR-VRZINA, Sanja M. Comforting the (exile) afflicted in Croatia: around and beyond the analytical approaches of critical medical anthropology. *Collegium Anthropologicum*, v.26, n.1, p.89-98. 2002.

WAITZKIN, Harold. A marxist analysis of the health care systems of advanced capitalist societies. In: Eisenberg, Leon; Kleinman, Arthur (Ed.). *The relevance of social science for medicine*. Dordrecht: Reidel. p.333-339. 1981.

WILKINSON, Richard G. *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. London: Routledge. 1996.

YOUNG, Allan. Some implications of medical beliefs and practices for social anthropology. *American Anthropologist*, v.78, n.1, p.5-24. 1976.

