



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Langdon, Esther Jean

Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 19, núm. 4, junio-abril, 2014, pp. 1019-1029

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63030543003>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas

The dialogues between anthropology and health:
contributions to public policies

Esther Jean Langdon ¹

Abstract *In order to examine the development of anthropological paradigms and their dialogue with medicine, I divide the discussion into two general, but non-exclusive, approaches: one that focuses on health and disease as social and cultural experience and construction, and another that examines health from an interactional and political perspective. For the first approach, I focus on North American and French theories that find resonance in the anthropological dialogue in Brazil. For the second political approach, the discussion originates in the dialogue among anthropologists in Latin America who have been developing models to contribute to an interdisciplinary approach necessary for health policies and intervention in health. The concepts of practices in self-care and intermedicality, among others, are explored due to their contribution in anthropology to public policies in health. These anthropologists have argued that health practices should be understood through the notions of autonomy, collectivity, agency and praxis, as opposed to the notions of the biomedical perspective characterized as being universalist, biological, individualist and a-historical.*

Key words *Anthropology of health, Self-care practices, Autonomy, Public policies, Theory*

Resumo *No intuito de examinar o desenvolvimento dos paradigmas antropológicos e seu diálogo com a medicina, a discussão está organizada segundo dois eixos gerais, porém não exclusivos: o que enfoca a saúde e a doença como experiência e construção sociocultural, e o que examina a saúde a partir de uma perspectiva interacional e política. No primeiro eixo, privilegio as teorias estadunidenses e francesas que encontram reflexo no diálogo antropológico no Brasil. Para o último eixo, o da política, a discussão parte do diálogo entre antropólogos na América Latina que vêm desenvolvendo modelos para contribuir com a interdisciplinaridade necessária para as políticas e a intervenção na saúde. Os conceitos de práticas de autoatenção, intermedicalidade, entre outros, são explorados por causa de sua contribuição na antropologia para as políticas públicas em saúde. Estes antropólogos vêm argumentando que as práticas de saúde precisam ser entendidas através das noções de autonomia, coletividade, agência e práxis, em oposição à perspectiva biomédica caracterizada como universalista, biológica, individualista e a-histórica.*

Palavras-chave *Antropologia da saúde, Práticas de autoatenção, Autonomia, Políticas públicas, Teoria*

¹ Programa de Pós-Graduação em Antropologia, Departamento de Antropologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Cidade Universitária, Trindade. 88.040-970 Florianópolis SC Brasil. estherjeanbr@yahoo.com.br

Introdução

Quais são os diálogos possíveis entre a antropologia e a medicina? As antropologias médicas/da doença e da saúde têm-se desenvolvido e consolidado como subespecialidades desde a década de 1960. Porém, o diálogo entre a medicina e a antropologia (e as ciências sociais em geral) não tem sido fácil, nem sempre bem-sucedido, como apontado por análises recentes^{1,2}. Como antropóloga norte-americana radicada no Brasil há 30 anos e pesquisadora da política de saúde indígena, examino os paradigmas mais influentes e desafiadores para a discussão entre os dois campos. A análise realiza um balanço das contribuições antropológicas para as políticas públicas na compreensão de modelos de atenção e da perspectiva dos atores nos contextos locais. Não são examinadas as teorias que enfocam a saúde sob uma visão macro ou global, nem as que analisam a relação entre fatores epidemiológicos e práticas culturais de uma perspectiva biológica. Ambas as linhas de investigação têm importantes contribuições. Porém, não fazem parte do escopo deste trabalho.

Fundamental na perspectiva antropológica é o deslocamento do olhar sobre o corpo das ciências médicas para o olhar sobre a construção social e relacional do corpo e para as diversas formas através das quais os sistemas terapêuticos são acionados para produzir saberes sobre processos de saúde/doença. O enfoque no caráter relacional, na interação e nas múltiplas vozes que integram o cenário social vincula-se a uma compreensão das relações sociais ligadas ao processo de saúde/doença como emergentes e dinâmicas. Ao mesmo tempo, a ênfase na perspectiva do ator social e em sua capacidade de agência aponta para o fato de que é a partir dos sujeitos e/ou grupos sociais que são construídas as articulações entre os diferentes conceitos e práticas ligados à saúde/doença.

A perspectiva da saúde como construção sociocultural, e não biológica, permite uma análise crítica de três aspectos do processo de saúde/doença que são relevantes para as políticas e os serviços em saúde: práticas terapêuticas, especialistas em cura e a emergência de novas formas de atenção; dinâmicas envolvidas nas práticas de autoatenção em contextos etnográficos específicos; e relações entre biomedicina e práticas locais. O objetivo antropológico de identificar as formas de atenção à saúde de diferentes grupos indígenas e não indígenas, a partir de pesquisa qualitativa em distintos contextos etnográficos,

contribui para a compreensão da saúde/doença como um processo amplo e contextual e fornece subsídios para a constituição de políticas públicas de saúde no Brasil.

No intuito de traçar o desenvolvimento da discussão conceitual através de um histórico breve e parcial, a discussão está organizada segundo dois eixos gerais, porém não exclusivos: a saúde como experiência e construção sociocultural, e a saúde como política. No primeiro, privilegio as teorias originadas nos Estados Unidos e na França que encontram reflexo no diálogo antropológico no Brasil. Para o último eixo, o da política, a discussão parte do diálogo entre antropólogos, principalmente da América Latina, que vêm desenvolvendo modelos para contribuir com a interdisciplinaridade necessária para as políticas e a ação em saúde. Estes antropólogos vêm argumentando que os processos de saúde e doença precisam ser entendidos através das noções de práticas de autoatenção, intermedicalidade, autonomia, coletividade, agência e práxis em oposição à perspectiva biomédica caracterizada como universalista, biologista, individualista e a-histórica.

Saúde, etnomedicina e etnocentrismos

A discussão entre saúde e cultura não é nova na antropologia, ainda que o tema como especialidade antropológica tenha emergido há menos de quatro décadas atrás. No início do século XX, o inglês W.H.R. Rivers³, médico e antropólogo, pesquisou a medicina das culturas não europeias, então rotuladas como “primitivas”. Nos Estados Unidos, outro médico-antropólogo, Erwin Ackerknecht⁴, considerado fundador da antropologia médica, publicou vários artigos sobre a medicina primitiva a partir de uma perspectiva culturalista, argumentando que as ideias e práticas de saúde e doença estão relacionadas aos contextos culturais no qual se encontram e não estão limitadas aos processos biológicos. Os dois apontaram para as noções etiológicas como ponto de partida para entender a lógica dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Para eles, o tratamento seguia a lógica das causas: doenças originadas por causas mágicas eram tratadas com terapias mágicas; aquelas contraídas por causas naturais eram tratadas com terapias naturais. Pesquisas posteriores que acompanharam o caminho da busca da cura em casos específicos de doenças, ou seja, a práxis do itinerário terapêutico, demonstraram que a relação entre a causa e o tratamento é mais complicada, e que vários fatores intervêm na escolha das terapias, não apenas as noções etiológicas.

Os dois caracterizaram a “medicina primitiva” como primariamente mágico-religiosa e qualitativamente diferente da “medicina científica”⁵, apartada da realidade empírica. Ackernknecht⁶ argumentou que as “práticas racionais” na medicina, embora eficazes do ponto de vista médico, não resultaram de observação consciente. Tais práticas datam de uma época anterior, na qual foram descobertas intuitivamente, e o homem primitivo praticava-as por força do hábito. Esta conclusão implica que o dito “primitivo” não percebe objetivamente a realidade empírica e que sua consciência está presa na sua cultura, a qual opera como um conjunto fixo de crenças e práticas. Ackernknecht rejeita o argumento de Malinowski⁷ de que o homem primitivo tem uma “ciéncia prática” e reconhece a racionalidade de seus atos e também os limites de seu conhecimento. Por não estudar a doença no seu contexto cotidiano, Ackernknecht e Rivers ignoraram a dinâmica do pragmatismo que caracteriza os esforços que as pessoas fazem para resolver seus problemas de saúde⁸ e como as práticas terapêuticas reafirmam a ontologia de um grupo, sem resultar sempre em cura.

Apesar de suas limitações, os dois estabeleceram a etnomedicina como objeto de pesquisa que precisa ser examinado dentro do seu contexto sociocultural. As práticas e as crenças sobre saúde fazem parte de um sistema lógico-conceitual e estão ligadas aos outros aspectos da cultura e da sociedade. Mas sem examinar a tomada de decisões no processo da doença, isto é, sem examinar a articulação entre vários modelos de atenção durante o itinerário terapêutico trilhado em casos específicos de doenças, as preocupações com os opostos binários, tais como natural/sobrenatural, magia/ciéncia, e medicina primitiva/medicina moderna, obscurecem a dinâmica cultural e a construção sociocultural da experiência da doença.

As discussões sobre as práticas terapêuticas durante a primeira metade do século XX preocuparam-se com as ideias sobre causas e ritos mágico-religiosos, sem pesquisar as questões ligadas à biomedicina. Os antropólogos não se interessavam em traçar um perfil da saúde dos grupos ou examinar especificamente como as práticas culturais e sociais interagem com questões biológicas para determinar a sua situação de saúde. Predominou a tendência de manter a distância entre os estudos de antropologia e os de biomedicina. Os antropólogos ocuparam-se com as manifestações mágicas e religiosas da etnomedi-

cina e os médicos ocuparam-se com a saúde como um processo físico e objetivo.

Esta perspectiva sobre a medicina primitiva expressa naqueles trabalhos pioneiros esteve presente na antropologia aplicada, que surgiu nos Estados Unidos depois da Segunda Guerra Mundial. Esperava-se que os antropólogos participantes de projetos de desenvolvimento em saúde na América Latina e em outras partes do mundo identificassem as crenças e outros aspectos culturais que fundamentavam as práticas locais e que apresentavam obstáculos às tentativas de transformá-las em um comportamento mais saudável. Apesar da percepção relativista na antropologia de que as práticas de saúde estão integradas na cultura, a biomedicina continuava sendo considerada a ciéncia única para identificar, entender e tratar as doenças. Seus princípios e conhecimentos serviam como medidas para a avaliação da eficácia das práticas de saúde de outras culturas⁹. A cultura foi vista como um possível obstáculo à saúde - um conjunto homogêneo de crenças e práticas que determinam o comportamento e que resiste a mudança. No Brasil e em outros países da América Latina, esta posição foi considerada inadequada por não reconhecer como a estrutura socioeconómica determina a situação de saúde das populações subalternas¹⁰.

Estes paradigmas que postulam uma relação estática e determinante entre cultura e processos de saúde e doença foram revistos no reconhecimento da dinâmica entre representações e ação social. Os enfoques na cultura e em crenças foram substituídos pelas noções de prática, práxis, ação, interação, atividade, experiência, performance, e sua relação com o ator que realiza as ações agente, pessoa, eu, indivíduo, sujeito¹¹. A cultura não é mais essencializada nem percebida como se tivesse fronteiras claras e definidas num território geográfico particular. A atribuição das crenças como base da ignorância em saúde dos indígenas, classes populares e outros, é vista como uma forma de etnocentrismo ocidental. Byron Good¹² examina o status epistemológico da noção de “crença” no pensamento ocidental e antropológico, no qual atribuímos “crenças” aos outros sistemas de saberes, mas não ao nosso. Porém, a herança da cultura como um “conjunto de crenças fixas, homogêneas e integradas” continua vigente e, em programas educacionais e campanhas de saúde, ela é frequentemente concebida como um obstáculo à modificação de comportamentos e como um fator que dificulta a comunicação¹³⁻¹⁵.

A saúde como experiência e construção sociocultural

O surgimento da análise simbólica nos Estados Unidos, liderada por Clifford Geertz, Victor Turner e David Schneider na década de 1960, teve um impacto importante na construção de conceitos que vão além das representações simbólicas, para incluir a ação e a natureza “emergente” da cultura através da interação social. Um importante desdobramento foi a discussão de vários autores que propuseram conceituar a doença como uma construção sociocultural. Na década de 1970, Arthur Kleinman, médico-psiquiatra e antropólogo, constrói um paradigma analítico centrado nos conceitos de “medicina como um sistema cultural” e “modelo do sistema de cuidados de saúde” (*health care system model*)^{16,17}, para fins comparativos. As experiências das doenças, papéis sociais, práticas terapêuticas e instituições relacionadas à saúde estão sistematicamente ligadas, e sua totalidade compõe “o sistema de saúde” construído culturalmente. Nesta abordagem, o sistema biomédico torna-se também um sistema cultural passível de análise antropológica como outros sistemas de saúde encontrados nas diversas culturas.

Para a construção de um modelo para a comparação de sistemas médicos, Kleinman introduz vários conceitos analíticos – modelo explicativo, realidade clínica, o contraste *disease/illness*, tarefas centrais adaptativas de cuidado, entre outros. Partindo da noção de cultura como um sistema simbólico geertziano¹⁸, Kleinman é um dos primeiros a destacar que os conhecimentos biomédicos devem ser relativizados, outorgando validade aos saberes curativos não ocidentais^{17,19}. Para ele, o sistema de saúde de um grupo tem três “arenas”: o profissional; o popular, com seus especialistas; e o leigo (ou familiar), espaços onde a interação entre os atores acontece nas suas tentativas de cuidar da saúde, e que são fontes de diferentes entendimentos. Num contexto clínico, os diferentes atores têm diferentes “modelos explicativos”, ou seja, diferentes percepções sobre a doença.

O enfoque de Kleinman centra-se na situação clínica e trata dos aspectos “micro” e locais, não dos processos “macro”. Seguindo os interesses da antropologia simbólica sobre o papel do símbolo na vida humana, o processo simbólico torna-se central na análise. A enfermidade é uma experiência psicossocial, na qual os processos simbólicos formam a ponte entre a realidade social do contexto e a realidade psicobiológica do paciente. Como diria Suzanne Langer, a realidade externa

transforma-se através da internalização simbólica do sujeito²⁰. A doença e seus signos não são universais. Ela é uma experiência construída culturalmente através do contexto cultural, do processo de internalização simbólica do doente e do *feedback* entre o sistema cultural e os estados psicobiológicos²¹. A distinção entre *disease*, ou doença (da perspectiva biomédica), e *illness*, ou enfermidade (da perspectiva do doente), aponta para a diversidade da experiência em que os processos de adoecer e curar-se fazem parte da realidade simbólica concebida como um “espaço mediador do biocultural e do sociocultural”¹⁶.

Vários autores adotaram a distinção entre *disease* e *illness*, para marcar as diferenças de perspectiva entre o profissional de saúde e os leigos^{22,23}. Os significados destes termos em inglês distinguem-se sutilmente, e sua tradução para o português não é fácil. O conceito de doença (*disease*) refere-se à anormalidade na estrutura e/ou no funcionamento dos órgãos e de seus sistemas, ou seja, a perspectiva do paradigma biomédico. Refere-se a um estado patológico reconhecido pela biomedicina, mas não necessariamente pelo paciente. O conceito de enfermidade (*illness*) refere-se às percepções que o paciente tem para interpretar seu estado e atribuir seu significado. Este modelo, ou seja, como o doente interpreta a sua experiência, é altamente influenciado pelo contexto sociocultural em que o enfermo se encontra; sua aflição é reconhecida socialmente e não necessariamente está limitada ao corpo físico, mas pode incluir as relações sociais e espirituais, não correspondendo às síndromes biomédicas.

Alan Young⁸ elabora um terceiro conceito, o de mal-estar ou *sickness*, que não se refere aos modelos de percepção, mas ao processo sociocultural de interação e negociação ao longo do episódio. O episódio da doença não é um diagnóstico ou uma categoria, nem um modelo de percepção, mas é um processo que emerge através das interações dos atores participantes ao longo de sua duração²⁴. Segundo a proposta de Young²⁵, *sickness*, ou mal-estar é um conceito abrangente para designar os eventos que envolvem enfermidade e/ou doença, e o autor direciona nosso olhar não para as categorias ou crenças estanques, mas para a construção sociocultural da legitimação da doença e das forças sociais operando em sua construção.

Estes termos foram altamente criticados por Michael Taussig²⁶, por reificar a perspectiva biomédica sem reconhecer sua hegemonia. Segundo ele, estes conceitos reforçam a hegemonia do modelo biomédico por não questionar a obje-

vidade e a neutralidade do conceito de *disease* (ou patologia) e reconhecer que sua existência também é resultado de contingências históricas e condições econômicas. Porém, este debate sobre terminologias recebeu pouca reflexão no Brasil²⁷. O artigo de Young foi traduzido por Martin Novion, da Universidade de Brasília, em 1978, mas sua intenção de publicar a tradução deste artigo numa coletânea com traduções de Good, Kleinman, e outros, acabou sendo frustrada por questões financeiras envolvendo direitos autorais.

Good aprofunda as dimensões psicosociais e culturais da experiência da enfermidade na sua discussão sobre o “mal do coração” entre as mulheres iranianas²⁸. Num esforço de examinar os discursos das mulheres sobre sua aflição “folk”, ou popular, que desafia um diagnóstico biomédico específico, Good propõe o conceito de “cadeia semântica” para referir-se ao significado subjetivo da enfermidade. Neste conceito, que é construído a partir das discussões de Victor Turner e outros sobre símbolos condensados^{29,30}, o significado da doença é constituído não como uma relação ostensiva entre os nomes das doenças e as entidades naturais das patologias, mas como uma “síndrome” de símbolos e experiências que tipicamente “andam juntos”, para os membros de uma sociedade. No caso das mulheres iranianas, a situação feminina na sociedade, a opressão diária, as relações de gênero, e os valores associados com a fertilidade condensam numa experiência de aflição emocional que se expressa em crises de ansiedades e preocupações com as relações sociais. Neste sentido, toda doença tem sua característica individualizante e emergente, que depende do contexto sociocultural e da vida pessoal do indivíduo.

Enquanto os paradigmas acima refletem uma visão de interdependência entre as dimensões biológicas, psicológicas e culturais da doença, os brasileiros, influenciados em maior grau pelos teóricos franceses, como Emile Durkheim e Marcel Mauss, focalizaram a relação da fabricação social do corpo e a construção da pessoa. Ao longo da década de 1970, cresce o interesse pelos aspectos simbólicos do corpo, inspirado pelas obras de Durkheim, Mauss, Mary Douglas, Turner, e Geertz³¹. Em 1979, os etnólogos do Museu Nacional publicaram um artigo seminal em que propunham pensar o corpo como o paradigma central para a compreensão das sociedades e das cosmologias ameríndias³². Este artigo marcou profundamente os estudos em saúde indígena.

Os paradigmas brasileiros dominantes sobre corpo e saúde no campo da antropologia

refletem a predominância da influência francesa e também as preocupações nacionais com o urbanismo, crescimento, expansão do capitalismo e modernidade. Assim, na década de 1980, o diálogo entre antropologia e psicanálise teve como foco a relação entre indivíduo e sociedade durante um período identificado como de expansão da psicanálise e de uma “cultura psi” na classe média intelectualizada do Rio de Janeiro^{33,34}. Nas pesquisas realizadas nessa linha de trabalho, no campo das sociedades complexas contemporâneas, foram abordados tópicos como vida urbana, modernização, individualismo e estigma, desvio, cultura da psicanálise, atendimento psiquiátrico em camadas populares, entre outros. O próprio Gilberto Velho escreveu sua tese de doutorado sobre o consumo de “tóxicos” nas classes médias no Rio de Janeiro, com foco maior em questões de individualismo e sociabilidade do que no tema das drogas propriamente³⁵.

Nas discussões conceituais, destaca-se Luiz Fernando Dias Duarte, com sua análise seminal sobre a “doença dos nervos”, que se tornou uma referência clássica para os estudos antropológicos em saúde no Brasil³⁶. A pesquisa foca nas noções de perturbação, corpo e pessoa entre segmentos das classes trabalhadoras urbanas. Duarte se vale explicitamente da tradição da sociologia francesa e é um crítico ativo do que considera o “viés biológico” da antropologia médica dos Estados Unidos. Em vários artigos³⁷⁻⁴⁰, opõe-se ao que define como “perspectiva empírico-cultural” sobre os processos e as experiências corporais. Ele propõe a noção de “perturbação”, que define como uma experiência físico-moral que escapa às racionalidades biomédica e psicológica, e é um conceito-chave para os estudos antropológicos em saúde.

O conceito de perturbação físico-moral desenvolvido no Brasil enfatiza o social da experiência corporal e da doença e ressalta a diferença entre as perspectivas da biomedicina e da antropologia⁴⁰. Enquanto a biomedicina constrói a doença a partir de uma ótica universal, individual e biológica, a antropologia enfatiza o aspecto relacional da doença e as diferenças na construção da pessoa em contextos sociais diferentes. O conceito evita, também, a discussão menos frutífera sobre as diferenças semânticas entre *disease*, *illness* and *sickness*, presente nos Estados Unidos.

Outra noção útil para distinguir a visão universalista e biológica da medicina é a de corporeidade (*embodiment*), um conceito que enfatiza a experiência corporal a partir da psicologia e da fenomenologia. A cultura atua sobre, ou emol-

dura, o corpo, que é visto como o campo existencial da cultura e a fonte criativa da experiência, e não um mero objeto biológico⁴¹⁻⁴³. Porém, o paradigma da corporeidade diferencia-se da ênfase de Duarte, em que o biológico e o psicológico são subordinados ao social.

A narrativa apresenta-se na antropologia como uma ferramenta analítica e metodológica para os estudos que procuram entender a experiência da doença, tanto no Brasil como no exterior^{42,44,45}. Explorando a experiência da doença proposta por Good, Csordas e outros, as análises exploram a fenomenologia da dor crônica, obesidade, epilepsia, síndromes mentais, nervos, câncer, etc. A bibliografia é bastante extensa e algumas análises vão além da experiência subjetiva para examinar como as narrativas também revelam os processos sociais relacionados com a doença e a dinâmica da busca da cura conhecida como itinerário terapêutico²⁴. Um ponto central destas análises é a ideia de que a doença é uma experiência que gera narrativas que procuram dar sentido ao sofrimento e também ajudam as pessoas a negociar as decisões. As narrativas são relacionadas às noções corporais, etiológicas e cosmológicas, e também refletem as relações sociais⁴⁶. Uma doença gera várias narrativas, dependendo do ponto de vista do ator/narrador no itinerário terapêutico. Semelhante à famosa discussão de Geertz¹⁸ sobre como o rito fornece o modelo “de” e “para” a realidade, as narrativas sobre casos de doenças do passado fornecem os modelos interpretativos para entender o processo da doença em andamento^{24,41}.

Um dos desafios levantados por Kleinman em sua construção do paradigma interpretativo sobre a medicina como sistema cultural trata da questão da eficácia de práticas terapêuticas e religiosas. Não é uma questão nova⁴⁷⁻⁵⁰, mas gerou novas reflexões a partir da distinção entre dois termos em inglês, *cure* e *heal*. Estes têm diferenças sutis que não são captadas na tradução “curar”, em português. O significado de *heal* abrange mais do que as reações fisiológicas e a eliminação dos sintomas. Além de ser um ato técnico isolado único, o processo terapêutico é um processo persuasivo que transforma a experiência. Segundo o interesse fenomenológico do processo de doença, *heal* conota a cura integral ou holista, e o termo refere-se à restauração do bem-estar no sentido experencial. Dentro da ótica da antropologia simbólica, os ritos de cura incluem mecanismos retóricos que transformam a experiência afetiva/cognitiva de doente para uma de bem-estar, estimulando processos endógenos de

cura e possibilitando mudanças físicas e/ou comportamentais⁵¹⁻⁵³.

As discussões sobre eficácia estão relacionadas ao que é descrito como a crise da medicina oficial provocada pela hegemonia da visão biológica e tecnológica, excluindo fatores sociais, psicológicos ou espirituais que têm impacto na experiência da doença e no processo terapêutico. Essas discussões permitem relativizar conceitualmente as práticas religiosas e outras como processos simbólicos desenvolvidos pelos diversos grupos humanos para transformar e restaurar o estado do doente, sem rotulá-las como “crenças” ou “superstições”. Ressaltam o poder da ação simbólica na saúde humana, ou seja, no significado da ação para o doente, e questionam a visão da patologia como fenômeno universal e independente do seu contexto social histórico.

As discussões contemporâneas na antropologia, mencionadas acima, são tentativas de conceituar os processos de saúde e doença onde o biológico esteja articulado com o cultural⁵⁴. A doença não é um evento primariamente biológico, mas é concebida em primeiro lugar como um processo vivido cujo significado é elaborado através dos contextos culturais e sociais, e, em segundo lugar, como um evento biológico. A doença não é um estado estático, mas um processo de interação que requer interpretação e ação no meio sociocultural, o que implica uma negociação de significados na busca da cura⁵⁵.

Saúde como política

Durante a década de 1980, e principalmente nos anos 1990, inicia-se nos Estados Unidos a “antropologia médica crítica”⁵⁶, visando analisar os processos de saúde como consequências da globalização e de estruturas político-econômicas. É importante ressaltar que a visão crítica faz parte da perspectiva “latina” décadas antes de a antropologia médica eurocêntrica incluir os conceitos de poder e inequidade em seus modelos analíticos¹⁰. O desenvolvimento das ciências sociais na América Latina está relacionado com os contextos políticos e históricos particulares desta região e com sua posição nos processos de expansão do industrialismo, do capitalismo e dos poderes mundiais. As ciências sociais emergiram e consolidaram-se no século XX preocupadas e engajadas com as realidades sociais e econômicas de seus países.

Dentro do campo da antropologia da saúde, as condições de saúde e as práticas das pessoas foram reconhecidas como resultantes dos pro-

cessos hegemônicos e das forças de poder, não de práticas culturais ou da falta de conhecimento. Esta perspectiva, inspirada pelos pensadores marxistas como os da Escola de Frankfurt, Foucault, Gramsci, e os mais atuais como Seppilli, Bibeau, Fassim e Menéndez, é a base de seu enfoque metodológico para pesquisa e interpretação⁵⁷⁻⁶⁰. Seus interesses distanciam-se das indagações feitas pelos antropólogos que definiram seu papel como o de tradutores da cultura em projetos de saúde, e foram desenvolvidas junto à consolidação da saúde coletiva, à redemocratização e à reforma sanitária.

O período da transição para a democracia, no final dos anos 1970 até a promulgação da nova Constituição Federal brasileira, em 1988, marca uma fase importante para os estudos antropológicos sobre saúde. Um dos projetos preliminares mais relevantes para o desenvolvimento da antropologia da saúde abordou o tema dos hábitos alimentares e da ideologia em diversos segmentos da população brasileira⁶¹. O foco desse projeto foi direcionado para as representações culturais e a organização dos hábitos alimentares, analisados primeiramente a partir dos paradigmas do estruturalismo francês e da antropologia simbólica, a fim de entender como as forças políticas e econômicas influenciavam as estratégias de subsistência. Foram realizados estudos entre camponeses, comunidades de pescadores e trabalhadores da agricultura e da indústria. Esta pesquisa estabeleceu a agenda de pesquisa em saúde, delineada a partir de conceitos e paradigmas contemporâneos, com poucas referências aos discursos que circulavam na antropologia médica dos Estados Unidos.

Até o final dos anos 1980, as pesquisas antropológicas foram multiplicando-se, estimuladas pela criação de políticas públicas e pelo movimento brasileiro da reforma sanitária. Marcos Queiroz⁶² e Maria Andréa Loyola⁶³, pesquisadores em saúde com doutorados realizados na Inglaterra e na França, respectivamente, voltaram ao Brasil e foram incorporados a escolas de medicina. A afiliação de Queiroz e Loyola a programas de medicina social e saúde coletiva reflete uma tendência interdisciplinar e uma preocupação com a política no incipiente campo de estudos sobre saúde em antropologia.

Em suma, muitos dos interesses antropológicos na saúde foram sendo desenvolvidos em interação com a saúde coletiva e sua crítica sobre o enfoque biologista, universalista e individualista da biomedicina. Ademais, houve uma receptividade maior às vertentes marxistas, e, numa

revisão do campo das pesquisas que estavam sendo realizadas, Queiroz e Canesqui, ambos da Unicamp, salientaram a necessidade de se desenvolverem paradigmas capazes de analisar a subordinação ao modelo capitalista de processos sociais locais relacionados à saúde^{64,65}. Com o movimento da saúde coletiva, antropólogos preocupados com as relações entre a biomedicina e as práticas locais de saúde procuraram desenvolver paradigmas alternativos à abordagem biológica e quantitativa dominante na saúde pública e em pesquisas epidemiológicas.

Com a implantação de programas de saúde orientados para populações específicas (mulher, família, indígena, etc.) e o aumento de financiamento pelo Ministério da Saúde para a pesquisa em saúde nas últimas duas décadas, temos visto um crescimento significativo das pesquisas antropológicas voltadas para o subsídio das políticas públicas em saúde e para a contribuição à realização dos princípios de acesso universal, controle social e humanização em comunidades específicas.

Um exemplo das pesquisas em saúde voltadas para o subsídio das políticas públicas, mas pouco reconhecido nas revisões da antropologia da saúde brasileira⁶⁴⁻⁶⁷, são as pesquisas em saúde indígena. A partir da Primeira Conferência Nacional de Saúde Indígena, antropólogos engajaram-se na defesa dos direitos dos povos indígenas à saúde e na defesa de uma antropologia participativa que procura subsidiar as políticas públicas e uma atenção diferenciada que respeite os saberes e as práticas tradicionais^{68,69}. Além disso, para os problemas crônicos e críticos em saúde, tais como “alcoolismo” e saúde mental, são propostos paradigmas processuais (tais como a *alcoolização*⁷⁰) para analisá-los a partir de uma perspectiva coletiva, vendo-os como resultados de contextos históricos e da relação do grupo com a sociedade envolvente^{71,72}, e não como problemas situados no corpo individual biológico.

Pode-se identificar três eixos relacionados ao processo de saúde/doença dentro das pesquisas que pretendem contribuir para um diálogo entre saúde e política. O primeiro privilegia as relações entre a biomedicina e as práticas de saúde locais, especialmente entre as políticas de saúde e/ou inclusão empreendidas pelo Estado, e as formas através das quais populações específicas dão respostas a estas mesmas políticas. O segundo enfatiza as práticas terapêuticas e os especialistas em saúde locais, assim como a emergência de novas formas de atenção à saúde. Já o terceiro compreende as dinâmicas envolvidas nas práti-

cas de autoatenção empreendidas pelos sujeitos em contextos etnográficos específicos, ressaltando as relações dessas práticas com processos sociocosmológicos e vivenciais.

Estes eixos partem dos paradigmas que analisam o processo de saúde/doença²⁴ como socialmente construído e contextual^{8,28}, bem como a premissa de que os diferentes sistemas médicos¹⁶ possuem especificidades e estão em constante reconfiguração e interlocução^{73,74}. Também ressaltam o caráter dinâmico e processual das práticas ligadas ao cuidado da saúde, bem como as ações de articulação entre diferentes conhecimentos e saberes, com o intuito de descrever e analisar as particularidades, as interações, as negociações e os conflitos existentes nos processos sociais.

Tais eixos de análise têm como base a conceitualização de “modelos de atenção à saúde” e “práticas de autoatenção”, elaborada por Eduardo Menéndez^{60,75}, para referir-se não somente às atividades de tipo biomédico, mas a todos os recursos terapêuticos empregados na busca de prevenção, tratamento, controle, alívio e/ou cura de uma determinada enfermidade⁷⁵. O modelo médico hegemônico caracteriza-se por uma série de pressupostos: biologismo, a-historicidade, a-culturalidade, eficácia pragmática, orientação curativa e medicalização dos padeceres. Este modelo identifica-se, assim, com a biomedicina oficial. Os outros correspondem às práticas terapêuticas populares e “alternativas”, que englobam conhecimentos populares sobre saúde; etnomedicinas de grupos indígenas; práticas terapêuticas *new age*; grupos centrados na autoajuda; práticas oriundas de outras tradições médicas acadêmicas; e assim por diante.

As práticas de autoatenção são definidas por Menéndez como “as representações e as práticas que a população utiliza no nível do sujeito e do grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguentar, curar, solucionar ou prevenir os processos que afetam sua saúde em termos reais ou imaginários, sem a intervenção direta, central e intencional de curadores profissionais”⁷⁵. O autor sublinha, portanto, o caráter autônomo dessas práticas. Segundo Menéndez, existem dois níveis nos quais as práticas de autoatenção podem ser pensadas: o primeiro, mais amplo, está ligado a todas as formas de autoatenção necessárias para assegurar a reprodução biosocial dos sujeitos e grupos no nível dos microgrupos, em especial do grupo doméstico. Assim, a autoatenção neste nível inclui não somente o cuidado e a prevenção das enfermidades, mas também usos de recursos corporais e ambien-

tais, dietética, normas de higiene pessoal e coletiva, organização social, rituais, e assim por diante. O segundo nível, mais restrito, refere-se principalmente às estratégias, científicas e não científicas, de representação da doença e de práticas de cura e cuidados.

Menéndez⁷⁵ defende que a pesquisa etnográfica centrada nos sujeitos e grupos sociais revela a forma pela qual esses diferentes modelos de atenção se articulam nos itinerários terapêuticos individuais, nos quais muitas vezes aparecem combinadas práticas terapêuticas e noções sobre saúde/doença que em outras instâncias são definidas como antagônicas ou excludentes. Através dos atores sociais, que se inserem em redes de trocas de conhecimentos, constroem-se influências mútuas entre diferentes modelos de atenção à saúde. Desta maneira, as práticas e as concepções a respeito de saúde/doença são construídas e reconstruídas num processo contínuo, dando lugar à emergência de novos modelos de atenção.

Resumindo, a autoatenção aponta para o reconhecimento da autonomia e da criatividade da coletividade, principalmente da família, como o núcleo que articula os diferentes modelos de atenção ou cuidado da saúde⁷⁵. Diferente do conceito médico de “autocuidado”, o conceito de Menéndez desloca a ação do profissional de saúde para os atores como coletividade. Enquanto o primeiro trata da adequação do paciente para incorporar os valores e as instruções da biomedicina, o segundo trata de sua autonomia na articulação dos recursos terapêuticos acessíveis, independente de sua origem, e na criação de articulações novas.

Em minha análise sobre os itinerários terapêuticos entre populações indígenas, argumento que o processo de articulação constrói o processo experiencial da doença para o grupo. Ver a doença como experiência implica entendê-la “como um processo subjetivo construído através de contextos socioculturais e vivenciado pelos atores”⁷⁶. O contexto sociocultural é relevante para compreender tanto a definição da doença em si quanto a escolha das práticas de cura empregadas. Desta maneira, a cosmologia de um grupo é também um fator na constituição dos itinerários de diagnóstico/tratamento. Meus argumentos apontam para como nos itinerários dos sujeitos constroem-se negociações entre elementos provenientes de distintos sistemas terapêuticos e de diferentes cosmologias.

Nesta mesma linha, Bibeau⁵⁴ demonstra que entre os Ngbandi do Zaire os nomes que designam os signos e sintomas durante um episódio de doença mudam segundo o contexto, e que o

sistema ideacional de categorização das doenças muda dentro do “sistema contextual” onde as pessoas procuram entender e curar a doença. Assim, o significado da doença é, simultaneamente: uma experiência na vida do indivíduo e de seu grupo; uma ameaça à ordem e à boa saúde; um conjunto de referências ao ambiente; e, às vezes, uma ocasião de se conseguir acesso às realidades espirituais.

Os enfoques no local, no método etnográfico e na interação revelam a relação com fatores mais amplos de ordem política, econômica, e ideológica^{73,74,77}, sejam estas as hierarquias presentes nos processos de comunicabilidade entre o profissional da saúde e a comunidade que ele atende¹⁴, ou as condicionantes inerentes à posição socioeconômica do grupo que influem em sua saúde e em suas escolhas. As interações e práticas locais refletem os contextos mais globais, revelando as relações de poder nas questões que dizem respeito à vida e à morte ou ameaçam o tecido social. As análises etnográficas ressaltam como as intersecções e as articulações entre os fatores de ordem macroestrutural e as formas através das quais saúde/doença são pensadas localmente. Desta maneira, as análises consideram as especificidades dos sistemas médicos particulares como processos regionais, nacionais e globais que transcendem o caráter local.

Outro conceito que procura ressaltar os aspectos políticos, econômicos e ideológicos envolvidos nas práticas e conhecimentos relacionados à saúde e à doença expressa-se no termo de intermedicalidade. Este procura dar conta de contextos caracterizados pela convivência de diversos sistemas médicos distintos e estratégias de poder, originando sistemas médicos “híbridos”^{73,74}. A noção de intermedicalidade analisa a realidade social como sendo constituída por negociações entre sujeitos politicamente ativos⁷⁸, destacando que nestas negociações todos os sujeitos envolvidos são dotados de agência social.

Ambos os conceitos, intermedicalidade e práticas de autoatenção, mostram que, apesar da sua contínua expansão, a biomedicina não suplanta outras formas de conhecimento. Pelo contrário, ao mesmo tempo em que a biomedicina se expande, as práticas de saúde populares e alternativas também florescem nos países da América Latina, bem como em outras partes do mundo⁷⁵. Desta maneira, as dinâmicas relacionadas à saúde/doença são caracterizadas por uma negociação entre diferentes práticas e formas de conhecimento, sendo que, muitas vezes, neste processo formam-se novas sínteses e hibridações.

Com base nessas premissas, os paradigmas atuais na antropologia da saúde procuram dar conta das diversas formas através das quais os mais variados sistemas terapêuticos são acionados nos processos de saúde/doença. Procura-se ressaltar aspectos como a interação e a relacionalidade inerentes às práticas sociais. As práticas, os conceitos e as ações dos indivíduos que compõem os grupos sociais articulam-se na ordem sociocosmológica, mas também se encontram ligados à reelaboração de diferentes aspectos do social. O enfoque no caráter relacional e nas múltiplas vozes que integram o cenário social vincula-se a uma compreensão das relações sociais ligadas ao processo de saúde/doença como emergentes e dinâmicas. Ao mesmo tempo, a ênfase na perspectiva do ator social e em sua capacidade de agência⁷⁹ aponta para o fato de que é a partir dos sujeitos e/ou grupos sociais que são construídas as articulações entre os diferentes conceitos e práticas relacionados ao processo de saúde/doença, sendo que muitas vezes essas articulações se dão através de ações que recombinação elementos das mais variadas esferas e produzem outros aspectos do social. Estes paradigmas trazem para o campo da saúde coletiva e da construção e execução das políticas públicas uma visão da coletividade e, no social, o lugar da saúde, reconhecendo os saberes plurais, a autonomia dos atores, e os fatores globais que estão presente nas situações locais.

Agradecimentos

Agradeço a meus colegas de pesquisa, particularmente à Isabel Santana de Rose e à Nadia Heusi Silveira, por sua colaboração na construção do projeto “Práticas de Autoatenção, Redes, Itinerários e Políticas Públicas”, que serve como base deste artigo.

Referências

1. Herzlich C. Fragilidade da vida e desenvolvimento das ciências sociais no campo da saúde. *Physis* 2005; 15(2):193-203.
2. Loyola MA. A saga das ciências sociais na área da saúde coletiva: elementos para reflexão. *Physis* 2008; 18(2):251-275.
3. Rivers WHR. *Medicine, magic and religion*. London: Routledge Classics; 2001.
4. Ackermann E. *Medicine and ethnology. Selected essays*. Baltimore: John Hopkins Press; 1971.
5. Augé M. L'anthropologie de la maladie. *L'Homme, N° spécial Anthropologie, état des lieux* 1986; 26(97/98):81-90.
6. Ackermann E. Natural diseases and rational treatment in primitive medicine. *Bull Hist Med* 1946; 19(5):467-497.
7. Malinowski B. *Magic, science and religion*. New York: Doubleday Press; 1948.
8. Young A. Some implications of medical beliefs and practices for social anthropology. *Am Anthropol* 1976; 78(1):5-24.
9. Foster G, Anderson B. *Medical anthropology*. New York: Wiley; 1978.
10. Bonfil BG. Conservative thought in applied anthropology: a critique. *Hum Organ* 1966; 25:89-92.
11. Ortner SB. Theory in anthropology since the sixties. *Comp Stud Soc Hist* 1984; 26(1):126-166.
12. Good BJ. *Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective*. New York: Cambridge University Press; 1994.
13. Briggs CL. Why nation-states and journalists can't teach people to be healthy: power and pragmatic miscalculation in public discourses on health. *Med Anthropol Q* 2003; 17(3):287-321.
14. Briggs CL. Perspectivas críticas de salud y hegemonía comunicativa: aperturas progressistas, enlaces letales. *Rev Antropol Soc* 2005; 14:101-124.
15. Nations M. "I'm not dog, no!" cries of resistance against cholera control campaigns. *Soc Sci Med* 1996; 43(6):1007-1024.
16. Kleinman AM. Some issues for a comparative study of medical healing. *Int J Soc Psychiatry* 1973; 19(3):159-165.
17. Kleinman AM. The failure of western medicine. *Hum Nat* 1978; 1(11):63-70.
18. Geertz C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
19. Kleinman AM, Sung LH. Why do indigenous practitioners successfully heal? *Soc Sci Med* 1978; 13B:7-26.
20. Langer S. *Filosofia em nova chave*. São Paulo: Perspectiva; 1976.
21. Kleinman AM. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Soc Sci Med* 1973; 12(2B):85-93.
22. Helman CG. Disease versus illness in general practice. *Br J Gen Pract* 1981; 31(230):548-552.
23. Helman C. Doença versus enfermidade na clínica geral. *Campos* 2009; 10(1):119-128.
24. Langdon EJ. Representações de doença e itinerário terapêutico entre os Siona da Amazônia colombiana. In: Santos RV, Coimbra C, organizadores. *Saúde e povos indígenas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994. p. 115-142.
25. Young A. The anthropologies of illness and sickness. *Annu Rev Anthropol* 1982; 11:257-285.
26. Taussig M. Reification and the consciousness of the patient. *Soc Sci Med* 1986; 14B:3-13.
27. Naomar AF. For a general theory of health: preliminary epistemological and anthropological notes. *Cad Saude Publica* 2001; 17(4):753-799.
28. Good J. The heart of what's the matter: the semantics of illness in Iran. *Cult Med Psychiatry* 1977; 1(1):25-58.
29. Turner V. *A floresta de símbolos. Aspectos do ritual Ndembu*. Niterói: EdUFF; 2005.
30. Ortner S. On Key Symbols. *Am Anthropol* 1973; 75(5):1338-1346.
31. Rodrigues JC. *Tabu do corpo*. Rio de Janeiro: Chiame; 1975.
32. Seeger A, Matta R, Castro EV. A Construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras. In: Oliveira Filho JP, organizador. *Indígenas & indigenismo no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Marco Zero, UFRJ; 1987. p. 11-30.
33. Figueira SA, organizador. *Cultura da psicanálise*. São Paulo: Brasiliense; 1985.
34. Duarte LFD. Person and psychologization in Brazil: a study in Moral Regulation. *J Lat Am Lore* 1999; 4(2):142-171.
35. Velho G. *Nobres e anjos. Um estudo de tóxicos e hierarquia*. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas; 1998.
36. Duarte LFD. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, CNPq; 1985.
37. Duarte LFD. Nerves and nervousness in brazilian urban culture. In: Leibing A, organizador. *The medical anthropologies in Brazil*. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung; 1997.
38. Duarte LFD. Pessoa e dor no Ocidente. *Horizontes Antropológicos* 1998; 4(9):13-28.
39. Duarte LFD. Os nervos e a antropologia médica norte-americana: uma revisão crítica. *Physis* 1993; 3(2): 43-75.
40. Duarte LFD. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. *Cien Saude Colet* 2003; 8(1):173-181.
41. Langdon EJ. A doença como experiência: o papel da narrativa na construção sociocultural da doença. *Etnografia* 2001; V(2):241-260.
42. Alves PC. A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença. *Cad Saude Publica* 2006; 22(8):1547-1554.
43. Csordas TJ. A corporeidade como um paradigma para a antropologia. In: Csordas TJ. *Corpo/significado/cura*. Porto Alegre: Editora UFRGS; 2008. p. 101-146.
44. Alves PC. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cad Saude Publica* 1993; 9(3):263-271.
45. Rabelo MCM, Alves PCB, Souza IMA, organizadores. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999.
46. Turner V. Social dramas and stories about them. In: Mitchell WJT, editor. *On narrative*. Chicago: University of Chicago Press; 1981. p. 137-164.

47. Lévi-Strauss C. A eficácia simbólica. In: Lévi-Strauss C. *Antropologia estrutural I*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1975. p. 215-237.
48. Mauss M. Esboço de uma teoria geral da magia. In: *Sociologia e antropologia*, V. 1. São Paulo: EPU, EDUSP; 1974. p. 37-172.
49. Douglas M. *Pureza e Perigo*. São Paulo: Editora Perspectiva; 1976.
50. Turner V. Um Curandeiro Ndembu e Sua Prática. In: Turner V. *A floresta de símbolos. Aspectos do ritual Ndembu*. Niterói: EdUFF; 2005. p. 449-488.
51. Csordas T. A retórica da transformação no ritual de cura. In: Csordas T. *Corpo/significado/cura*. Porto Alegre: Editora UFRGS; 2008. p. 29-101.
52. Laderman C, Roseman M. *The performance of healing*. New York: Routledge; 1996.
53. Langdon EJ. La eficacia simbólica de los rituales: del ritual a la performance. In: Labate BC, Bouso JC, editores. *Ayahuasca y salud*. Barcelona: Los Libros de La Liebre de Marzo; 2013. p. 80-119.
54. Bibeau G. The circular semantic network in N'gangi disease nosology. *Soc Sci Med* 1981; 15B:295-307.
55. Staiano K. Alternative therapeutic systems in Belize: a semiotic framework. *Soc Sci Med* 1981; 15B:317-332.
56. Baer HA, Singer M, Johnsen JH. Toward a critical medical anthropology: a dialogue. Special Issue. *Soc Sci Med* 1986; 23(2):95-98.
57. Bibeau G. At work in the fields of public health: the abuse of rationality. *Med Anthropol Q* 1997; 11(2):246-252.
58. Seppilli T, Otegui R. Antropología médica crítica: presentación. *Rev Antropol Soc* 2005; 14:7-13.
59. Fassin D. Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud. *Revista Colombiana de Antropología* 2004; 40:283-318.
60. Menéndez EL. Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. In: Campos R, organizador. *La antropología médica en México*. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana; 1992. p. 97-114.
61. Woortmann K. Hábitos e ideologias alimentares em grupos sociais de baixa renda. Relatório final. Série *Antropologia 20*. Brasília: Universidade de Brasília; 1997.
62. Queiroz MS. *The social construction of health and illness in Iguape, Brazil*. [dissertation]. Manchester: University of Manchester; 1982.
63. Loyola MA. *Médicos e curandeiros. Conflito social e saúde*. São Paulo: DIFEL; 1984.
64. Queiroz MS, Canesqui AM. Contribuições da antropologia à medicina: uma revisão de estudos no Brasil. *Rev Saude Publica* 1986; 20(2):141-151.
65. Queiroz MS, Canesqui AM. Antropologia da medicina: uma revisão teórica. *Rev Saude Publica* 1986; 20(2):152-164.
66. Leibing A. Much more than medical anthropology: the healthy body and Brazilian identity. In: Sailant F, Genest S, editors. *Medical anthropology. regional perspectives and shared concerns*. Oxford: Blackwell Publishing; 2007. p. 58-70.
67. Diniz D. O Que é isso que chamamos antropologia da saúde no Brasil? *Revista Brasiliense de Pós-Graduação em Ciências Sociais* 1997; 1(1):213-234.
68. Langdon EJ, Garnello L. *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Editora ContraCapa; 2004.
69. Ferreira L. *Medicinas indígenas e as políticas da tradição: entre os discursos oficiais e as vozes indígenas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013.
70. Menéndez EL. El proceso de alcoholización: revisión crítica de la producción socioantropológica, histórica y biomédica en América Latina. *Cuaderno de la Casa Chata* 1982; 57:61-94.
71. Souza MPS, organizador. *Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013.
72. Silva AC, Langdon EJ, Ribas, DLB. Fatores estruturais e as práticas de autoatenção das famílias com parentes com transtornos mentais: contexto Kaiowá e Guarani do Mato Grosso do Sul. Brasil. *Revista Tempus. Actas de Saúde Coletiva* 2013; 7(4):149-168.
73. Greene S. The shaman's needle: development, shamanic agency, and intermedicality in Aguaruna Lands, Peru. *Am Ethnol* 1998; 25(4):634-658.
74. Follér ML. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: Langdon EJ, Garnello L, organizadoras. *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Editora ContraCapa, ABA; 2004. p. 129-148.
75. Menéndez E. 2003. Modelos de atención de los padejimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Cien Saude Colet* 2003; 8(1):185-208.
76. Langdon EJ. A doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica. In: Baruzzi R, Junqueira C, organizadores, *Parque Indígena do Xingu: Saúde, Cultura e História*, 2005; São Paulo, UNIFESP/Terra Virgem. p. 115-134.
77. Frankenberg R. Medical anthropology and development: a theoretical perspective. *Soc Sci Med* 1980; 14B:197-207.
78. Clifford J. *A experiência etnográfica: antropologia e literatura no século XX*. Rio de Janeiro: UFRJ; 1998.
79. Ortner S. Uma atualização da teoria da prática. In: Grossi MP, Eckert C, Fry P, organizadores. *Conferências e diálogos: saberes e práticas antropológicas*. Blumenau: Nova Letra; 2007.

