

ANTROPOLOGIA DA MEDICINA: UMA REVISÃO TEÓRICA

Marcos de Souza Queiroz*
Ana Maria Canesqui**

QUEIROZ, M. de S. & CANESQUI, A.M. Antropologia da medicina: uma revisão teórica. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 20:152-64, 1986.

RESUMO: Foi feita revisão e análise da literatura antropológica mais importantes sobre representações de saúde e doença e práticas de cura, tendo a Inglaterra, os Estados Unidos da América e a França como referência. Tendo representantes nas principais escolas dentro do pensamento antropológico (tais como o funcionalismo, o funcional-estruturalismo, o estruturalismo, a teoria do rótulo, o interacionismo simbólico, a etnometodologia, o criticismo cultural), a história da antropologia da medicina se confunde com a própria história da antropologia. Além de analisar a contribuição que essas várias escolas fizeram para esse campo de estudo, aponta-se o impasse atual que se está nele verificando. Atribui-se como principal razão para esse impasse à ausência de uma teoria capaz de explicar como os processos sociais de pequena escala (apropriados à metodologia antropológica) subordinam-se aos processos sociais recorrentes na sociedade capitalista.

UNITERMOS: Antropologia da medicina. Medicina tradicional. Sociologia da medicina.

INTRODUÇÃO

O objetivo desse artigo é rever criticamente as principais linhas teóricas desenvolvidas na Antropologia da Medicina, tendo como referência a Inglaterra, os EUA e a França. Em outro texto (Queiroz e Canesqui²⁴, 1986), esse mesmo objetivo foi desenvolvido tendo como referência exclusiva o Brasil.

O campo da antropologia da medicina iniciou-se com a constatação do elo inextricável entre doença, medicina, cultura e sociedade humana. Teorias da doença (científica ou religiosa), envolvendo etiology, diagnóstico, prognóstico, tratamento e cura são partes do repertório cultural de grupos humanos e variam no tempo e no espaço em consonância com a variação cultural.

Rivers²⁵ (1924), mais pelo fato de ter sido também médico, além de antropólogo, realizou uma obra pioneira que hoje em dia é clássica no campo da an-

tropologia da medicina. Ele conceptualizou este campo como um sub-sistema interno ao sistema cultural de uma sociedade, antecipando assim a consolidação das bases da teoria funcionalista. Desse modo, crenças sobre saúde e doença de povos "primitivos" deixaram de ser encarados como fenômenos ilógicos, bizarros ou irracionais, passando a ser percebidos como teorias da causação da doença que fazem sentido dentro do contexto cultural a que pertencem.

Para Rivers²⁵, que recebeu influência marcante de Durkheim, essas teorias podem ser agrupadas em três categorias básicas que ainda hoje são empregadas na análise de "medicinas populares": a humana, a espiritual ou sobrenatural e a natural. A categoria humana engloba crenças relacionadas com o fato de que crises e conflitos no relacionamento humano e social em geral provocam doen-

* Do Núcleo Interdisciplinar de Estudos em Saúde e do Núcleo de Políticas Públicas da Universidade Estadual de Campinas — Caixa Postal 1170 — 13100 — Campinas, SP — Brasil.

** Do Departamento de Medicina Preventiva e Social, do Núcleo Interdisciplinar de Estudos em Saúde e do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Universidade Estadual de Campinas — Caixa Postal 1170 — 13100 — Campinas, SP — Brasil.

ças. As tão difundidas crenças em mau-olhado, feitiço ou inveja, ou ainda as crenças de que o modo de vida e de trabalho (que inevitavelmente envolvem relacionamento e conflito humanos) afetam de alguma forma a saúde, são exemplos dessa categoria. A categoria espiritual ou sobrenatural engloba crenças de que espíritos ou entidades sobrenaturais podem provocar doenças. Essas crenças remetem a restrições e prescrições de ordem moral, as quais necessariamente se referem à ordem sócio-cultural. Finalmente, a categoria natural engloba as crenças de que agentes naturais tais como micróbios ou agentes tóxicos também provocam doenças. Aqui, o modo como uma sociedade conhece o mundo que a cerca, selecionando e combinando certos elementos em detrimento de outros, está evidentemente relacionado com o modo como esta sociedade organiza e percebe a si mesma, como enfatizara Durkheim.

Em comparação com a medicina científica ocidental, Rivers²⁵ chegou inclusive a uma conclusão ousada, afirmando que as medicinas "primitivas" são, no plano teórico, mais coerentemente organizadas do que a medicina científica ocidental e, portanto, mais racionais. Em suas palavras,

"A arte dessas sociedades é de algum modo mais racional do que a nossa, na medida em que os seus modos de diagnóstico e tratamento seguem mais diretamente as idéias referentes à causação de doenças" (Rivers²⁵, 1924:52).

Não é difícil perceber nessa citação uma antecipação do "relativismo cultural" que, de um modo ou de outro, influenciou profundamente a grande maioria das etnografias funcionalistas e estruturalistas, incluindo a área da antropologia da medicina, como veremos adiante.

Evans-Pritchard⁷ (1937) realizou uma obra clássica dentro da antropologia. A sua preocupação envolvia de um modo geral teorias de causação de infortúnios individuais, inclusive doenças, principal-

mente no que se refere à lógica da acusação de feitiçaria. Ele mostrou que para os Azande (e para muitos outros povos africanos, como nos tem mostrado as etnografias mais recentes), toda a doença, assim como toda a má-sorte individual, provém de um feitiço feito por uma outra pessoa. O objetivo foi mostrar que esta crença reflete a estrutura de poder e suas divisões dentro da sociedade. Ao obedecer a uma lógica onde conflitos socialmente estruturados se expressam e se resolvem através de uma complexa interação sócio-política, a crença em feitiçaria deixou de ser encarada como resultado de uma mentalidade primitiva, mas como uma expressão cultural de uma complexa realidade humana.

Desenvolvendo ainda mais as idéias lançadas por Evans-Pritchard⁷, Turner³⁰ (1977) mostrou que a medicina africana utiliza-se de um paradigma baseado principalmente em fatores sociais. Nele, não só as doenças como também as curas são percebidas como resultantes de crises e reconciliações no relacionamento social. Turner³⁰ mostrou em particular como o médico Ndembu exerce as suas atividades de cura mais concentrado no grupo social do que no paciente individual. Ele observou ainda que naquela cultura o paciente não melhorará enquanto as tensões e agressões nas inter-relações grupais não tiverem sido expostas à luz e ao tratamento ritual. Nesse sentido, o papel do médico Ndembu é se deixar sensibilizar pelas correntes sociais de sentimentos conflituosos e pelas disputas interpessoais e sociais nas quais elas se expressam, e canalizá-las num sentido positivo. Assim, "as energias cruas do conflito são domesticadas à serviço da ordem social" (Turner³⁰).

O propósito de Turner³⁰, nesse artigo, foi mostrar que mesmo uma medicina "primitiva" como a dos Ndembu pode oferecer, segundo a sua própria expressão, lições para a medicina científica ocidental, muito embora ele resista a idéias

de romantizar a situação ao lembrar que essa medicina convive com um baixíssimo nível de saúde das populações a que servem.

O relativismo cultural norte-americano levantou o interesse pelo estudo dos costumes e funcionamento das culturas, enfatizando a relatividade das condutas normais e patológicas. Os trabalhos de Benedict² (1934) podem ser considerados típicos desta linha, tendo mostrado que aquilo que as sociedades ocidentais consideram fatos patológicos podem ser observados como perfeitamente normais em outras sociedades, e vice-versa.

Dentro do paradigma funcionalista, essa postura enfatizou ao extremo o ponto de que cada elemento de uma organização cultural deve ser observado como tendo um sentido próprio e único, impossível de ser extrapolado para uma outra organização cultural. Critica-se dessa forma tanto o evolucionismo que vê a sociedade ocidental moderna, e dentro dela a sua cultura hegemônica, como o ápice da civilização, como o difusionismo que procura encontrar o significado de elementos culturais de sociedades "primitivas" ou "atrasadas" na difusão a partir de uma civilização mais adiantada. Por outro lado, defende-se também o direito de cada sociedade de desenvolver-se de um modo autônomo, uma vez que não existe nenhum caminho neutro e objetivamente superior que pudesse servir de modelo para o desenvolvimento de todas as sociedades.

A postura anti-etnocêntrica de Benedict contribuiu bastante à psiquiatria que até então supunha a objetividade universal dos quadros mórbidos. Se na obra dessa autora ainda encontramos a utilização de categorias próprias da psiquiatria ocidental na análise de outras culturas e a concomitante presença de juízos de valor na conceituação do normal e do patológico, outros autores vieram eliminar esses resquícios "etnocêntricos", in-

corporando à anormalidade o critério estatístico, o que resultou em conferir ao comportamento anormal o caráter de desvio da norma.

A investigação da causa (cultural e biológica) dos fenômenos resultantes do desvio da norma impôs a colaboração conjunta da psiquiatria e da antropologia, abrindo assim o campo hoje denominado etnopsiquiatria. Linton¹⁷ (1956), por exemplo, combinando categorias biológicas com antropológicas, distingue as anomalias absolutas, válidas para todas as sociedades, das anomalias relativas, capazes de expressar o normal e o patológico próprios exclusivamente a uma cultura particular. Parsons²¹ (1951), retoma a questão do desvio como fenômeno sociológico e não psiquiátrico, definindo-o como a recusa ou impotência do ego em interiorizar certas regras.

A teoria parsoniana, sob uma perspectiva mais sociológica do que antropológica, a partir da década de 50, se interessou diretamente pelo problema do sistema médico. Parsons é conhecido como um dos pais do funcionalismo, uma postura teórica que percebe a sociedade como em equilíbrio mantido por padrões partilhados de normas e valores em constante luta contra os processos disfuncionais como, por exemplo, o crime e a doença. Nesse sentido, a medicina é encarada como uma instituição indispensável para a manutenção do equilíbrio social por lutar contra uma das fontes mais perigosas de disfunção e desvio, ou seja, as doenças.

Com o seu conceito de papel social em geral e papel de doente em particular, Parsons estabeleceu bases importantes para o desenvolvimento de estudos das ciências sociais em medicina. De acordo com a sua teoria, o papel social de doente evoca um conjunto de expectativas padronizadas que definem as normas e os valores apropriados ao doente e aos indivíduos que interagem com ele. Nesse esquema, a norma é sempre refor-

çada e o desvio é sempre punido. Como nenhuma parte pode definir o seu papel independentemente do papel do parceiro, o relacionamento humano em geral e o entre médico e paciente em particular, longe de serem formas espontâneas de interação social, são definidos por um jogo de expectativas mútuas que são sempre socialmente dadas. Portanto, médicos e pacientes tendem a agir de um modo estável e previsível no meio social em que pertencem.

O esquema parsoniano, embora criticado pela sua visão totalitária e sistêmica da sociedade (o que implica percepção de mudança social sempre adaptativa e integrativa onde os desvios e conflitos se submetem à orientação valorativa do consenso social), foi um marco dos mais importantes na área dos estudos sociológicos e antropológicos da medicina, influenciando um grande número de trabalhos e de posturas teóricas. Dentro dessa linha, uma divisão teórica fundamental foi estabelecida entre os aspectos objetivos e os subjetivos da doença, sendo que os primeiros dependem das ciências médicas e biológicas para a sua compreensão e os segundos das ciências sociais, uma vez que o propósito dessas ciências é estudar como o processo da doença é percebido, avaliado e interpretado por uma cultura, uma comunidade, uma classe ou um grupo social.

Assim, os campos da sociologia e da antropologia da medicina passaram a concentrar-se no comportamento social com relação à doença e, particularmente, ao "mal-estar", já que esse último configura uma área bastante aberta para diferentes interpretações cosmológicas e diferentes padrões de comportamento, variando conforme a experiência social do indivíduo. A importância dos estudos sociais dos "mal-estares" foi frequentemente justificado pelo fato de ser a percepção subjetiva dos indivíduos sobre os seus sintomas que os levam a perceber a doença e a procurar um médico.

De um modo geral, embora influenciadas por Parsons, a maior parte das pesquisas sociológicas e antropológicas na área da medicina que se seguiram tenderam a adotar uma postura muito mais empírica, em oposição à grande teoria parsoniana, o que permitiu que as minorias étnicas, os grupos de emigrantes, as populações de origem mexicana e as classes sociais pobres em geral fossem amplamente estudadas. A grande maioria dos trabalhos produzidos nos EUA nesse tempo observaram a doença como um fenômeno biológico objetivo tal como a ciência médica ocidental a define, preocupando-se assim apenas com a sua experiência subjetiva. O foco de interesse das ciências sociais aplicadas à medicina concentrou-se, portanto, nas diferenças comportamentais dos doentes, atribuindo-se essas diferenças a fatores como etnicidade, cultura, classe social, nível educacional, escolaridade, idade, sexo e outros.

Zborowski³⁴ (1952) pode ser tomado como um exemplo desse tipo de postura. Realizando pesquisa pioneira na área, ele verificou que as reações à dor variam conforme a cultura a que um indivíduo pertence. Assim, descendentes de judeus, italianos e americanos tradicionais foram estudados, sendo que os dois primeiros grupos mostraram ser muito mais sensíveis à dor do que o último grupo. Os descendentes de italianos também procuravam um alívio imediato à dor enquanto os de judeus usavam-na como um meio para manipular o comportamento dos outros e para receber maior atenção. Em contraste, os americanos tendiam a se conformar com a imagem médica do paciente ideal, evitando expressar dor em público e cooperando com o pessoal do hospital. Eles também se preocupavam com o seu estado geral a longo prazo, não se importando muito com o alívio imediato dos sintomas.

Zola³⁵ (1966), nessa mesma linha de pesquisa, comparou pacientes america-

nos de origem irlandeza, italiana e anglo-saxônica e constatou que os de origem italiana tendiam a dramatizar os seus sintomas, os irlandeses a negá-los e os anglo-saxões a falar deles de modo impessoal, neutro e sem ansiedade.

Dentro dessa linha de pesquisa, alguns trabalhos se fizeram em conjunção com a perspectiva da medicina oficial, integrando o desempenho de sociólogos, antropólogos e médicos dentro de programas de saúde pública em áreas periféricas. Assim, os pontos de vista sociológico e antropológico contribuíram para a penetração mais efetiva das técnicas sanitárias em comunidades pobres. As palavras de Paul²² (1955:1) ilustram perfeitamente essa atitude:

“Se você quiser controlar pernigonos você deve aprender a pensar como um deles. A irrefutabilidade desse argumento é evidente. Ele se aplica, no entanto, não apenas para as populações de pernigongo que se procura exterminar, mas também para populações humanas que se procura beneficiar. Se se deseja ajudar uma comunidade a melhorar a sua saúde, deve-se aprender a pensar como uma pessoa dessa comunidade”.

A crítica que se pode fazer a essa postura diz respeito ao fato dela considerar as informações transmitidas pela medicina oficial como realidades naturais, neutras e universais, sem que as ciências sociais pudessem analisá-las sob uma perspectiva histórica e cultural com o mesmo status epistemológico dos sistemas médicos historicamente anteriores ou de sociedades de tecnologia simples não ocidentais. De fato, ao se tornarem práticas subordinadas a finalidades de promover a expansão da medicina oficial, as ciências sociais limitaram consideravelmente as suas possibilidades de desenvolvimento científico.

Estando ausente na grande maioria dos trabalhos realizados nessa temática

a perspectiva de que a medicina científica ocidental é também inevitavelmente cultural, social e ideológica, eles frequentemente deixaram-se impregnar de pensamento etnocêntrico. Assim, implícita ou explicitamente, os sistemas de medicina alternativas foram considerados na melhor das hipóteses, como inefetivos e, na pior, como perigosos, enquanto a medicina científica foi considerada como sendo baseada em conhecimentos objetivos, neutros e independentes de influências sócio-econômicas e culturais.

Dentro da postura funcionalista que, de um modo ou de outro, influenciou a grande maioria dos estudos em ciências sociais em saúde nessa época, alguns enfatizaram o aspecto objetivo da realidade dentro da tradição positivista, enquanto outros enfatizaram o aspecto subjetivo, dentro da tradição fenomenológica.

Foster^{8,9} (1953, 1976) pode ser tomado como um bom exemplo da postura positivista que não chega inclusive a absorver inteiramente as virtudes do método funcionalista. Apesar da riqueza empírica do seu material de pesquisa sobre a “medicina popular” de comunidades de origem mexicana nos EUA e na América Central, a sua interpretação e análise dos dados é comprometida pelos limites da sua postura teórica. Tomemos, por exemplo, as suas idéias difusionistas e evolucionistas. Trata-se de idéias que foram amplamente criticadas nas ciências sociais antes mesmo da consolidação do método funcionalista. Como salientou Boas⁴ (1966), a difusão e a evolução de fenômenos culturais só podem ser compreendidos em termos de imposição de significados no fluxo da experiência. Evidentemente, um elemento de uma sociedade “A” ou de um momento histórico “X” não pode ser comparado com o mesmo elemento de uma sociedade “B” ou de um momento histórico “Y” se esses elementos carregam diferentes significados em seus respectivos meios sócio-culturais.

Assim, não tem a menor força explicativa a interpretação de Foster de que o "sistema médico popular" de amplos setores rurais da América Latina (principalmente o sistema do "quente e frio") são legados da medicina Ibérica da época da colonização; muito menos ainda, a sua classificação da medicina em três estágios evolutivos: a medicina personalística, a medicina naturalística e a medicina científica. Ao considerar a medicina oficial, e dentro dela as suas terapias farmacológicas, como a mais evoluída possível, o autor perde a noção de que a ação de uma droga, por exemplo, além de ser induzida, pelo menos em parte, por expectativas culturais, como ocorre com o efeito placebo, só adquire um significado terapêutico no interior de um contexto cosmológico maior.

Duas outras teorias das mais importantes para o campo da antropologia da medicina enfatizaram o aspecto subjetivo da realidade, dentro da tradição fenomenológica, em oposição à perspectiva positivista. Trata-se da "teoria do rótulo" (labelling theory) e do "interacionismo simbólico", em cujos âmbitos a maioria dos trabalhos na área da "medicina popular" nos EUA e na Inglaterra têm sido produzidos atualmente.

A teoria do rótulo sugere que a sociedade é muito menos um sistema coerente do que um arranjo pluralístico de grupos que competem entre si para impor a sua visão de mundo. O que é legítimo e correto para um grupo pode não sê-lo necessariamente para um outro. Assim, temos uma relatividade total das normas, que só são válidas para os grupos sociais que as sustentam. A simples criação de uma norma implica necessariamente a criação de desviantes, uma vez que não existem normas ou leis universais, neutras e independentes de interesses específicos de grupos sociais, como enfatizou Becker¹ (1963).

Já o interacionismo simbólico critica o caráter determinista do sistema social

do funcionalismo e propõe uma visão onde os indivíduos desempenham as ações relevantes. Assim, a ordem social não é somente dada como propusera Durkheim, mas também criada na interação de membros da sociedade. Como insistia Mead²⁰ (1967), o indivíduo não consiste somente de normas internalizadas de conduta; ele sempre pode agir impulsiva e inventivamente de maneira que não foi aprendida na sociedade. O indivíduo pode também manipular as normas e as regras sociais visando benefícios políticos e pessoais. Isso é o que geralmente ele faz, como tem enfatizado através de inúmeras pesquisas a escola inglesa de Manchester, numa crítica à visão que percebe o indivíduo como uma marionete impulsionado pelas regras, normas e leis de uma sociedade.

No campo da medicina, essas teorias ou metodologias têm produzido trabalhos interessantes como, por exemplo, o de Rosenhan²⁶ (1980), cuja equipe de pesquisadores se internou como esquizofrênicos em 12 hospitais psiquiátricos em diferentes regiões dos EUA. A pesquisa mostra que em nenhum dos casos a "farsa" foi descoberta. Todos os pesquisadores, que foram diagnosticados como esquizofrênicos apenas por dizerem na entrevista inicial que ultimamente estavam ouvindo vozes e sentiam a sua vida vazia, tiveram esse diagnóstico mantido ao longo dos 19 dias de estadia, em média, nos hospitais, apesar do comportamento amigável, não disruptivo e absolutamente normal que todos eles exibiram. A pesquisa mostra que em várias ocasiões esses comportamentos eram vistos como sintomas da doença. Assim, os fatos eram freqüentemente distorcidos inconscientemente de modo a se conformarem com a teoria da dinâmica da reação esquizofrênica. Por exemplo, todos os falsos-pacientes tomavam notas publicamente e tal comportamento era visto como um sub-conjunto dos comportamentos compulsivos relacionados com a es-

quizofrenia. Este é só um exemplo entre muitos arrolados pelo autor comprovando que uma vez rotulado como doente mental não há nada que se possa fazer para desmentir, pois a percepção da realidade depende de uma configuração organizada por uma teoria ou um rótulo. Assim, o autor conclui que a categorização psicológica da doença mental é, na melhor das hipóteses, inútil e, na pior, danosa, enganosa e pejorativa.

Dentro da perspectiva do "interacionismo simbólico", Roth²⁷ (1963) analisa pacientes internados num sanatório de tuberculose e a estratégia desses pacientes no sentido de impor uma ordem previsível na incerta carreira hospitalar. Ele mostra como na ausência de certeza sobre o curso do tratamento e sobre a recuperação desses pacientes, eles se utilizam de regularidades que existem em regimes de tratamento, na operação do próprio hospital e no progresso de outros pacientes para construir normas para eles mesmos. Isto os permite estimar o estágio que eles se encontram no caminho até receberem alta. Roth²⁷ mostra também que a pressão da expectativa dos pacientes é freqüentemente forte para influenciar as decisões clínicas e terapêuticas dos médicos.

A análise de Goffman¹³ (1974), de hospitais para doentes mentais, é das mais importantes. Como o lugar do doente é fundamental nestas instituições, e como esse lugar é organizado em função de uma lógica que beneficia a própria ordem institucional, o papel do doente é dado sem oferecer margens para desvios. O paciente é obrigado a seguir esse papel depois de vários processos de "mortificação do eu", ou seja, processos que visam, de um lado, a perda de sua identidade anterior tais como o uso de uniforme, a raspagem da cabeça e a perda do nome em favor de um número; e, de outro, à conformidade com o novo papel de doente, tais como as atitudes de atendentes, enfermeiros e médicos que

tendem a interpretar qualquer comportamento, considerado normal em outro contexto, como sinal de patologia. No entanto, dentro do limite do papel de insano que o paciente é obrigado a executar, Goffman mostra que o comportamento desses pacientes é adequado ao contexto no qual eles atuam. Num ambiente depravador e punidor que ataca o mais íntimo senso de autonomia e privacidade, o comportamento dos internados em face dessa situação, mesmo que bizarro em outros contextos, não deve ser visto como sinal de demência mas como uma resposta compatível com as condições em que são obrigados a viver.

Sem dúvida alguma, tanto a "teoria do rótulo" como o "interacionismo simbólico" são reações liberais ao conservadorismo funcionalista. As pesquisas conduzidas sob a influência dessas metodologias, em particular o "interacionismo simbólico", dimensionaram um aspecto importante da realidade social que é o seu aspecto subjetivo, ou seja, o resultado do processo de interação entre membros da sociedade em contínua negociação, seja para projetar uma imagem do "eu" na vida cotidiana, seja para definir uma estratégia diante de uma situação. Assim, importantes trabalhos foram realizados. No entanto, a crítica que se pode fazer a essas posturas diz respeito à reduzida dimensão que dão para a estrutura social mais ampla.

Para o "interacionismo simbólico", não existe a preocupação de observar fatos relativos ao sistema social mais amplo, uma vez que a organização da sociedade é vista como algo fluido, pouco consistente e em constante mudança pela manipulação e reação contínua de seus membros. Para a teoria do rótulo, os grupos sociais e as sub-culturas são observadas como tendo o mesmo peso e a mesma dimensão de uma civilização, uma vez que tudo é tomado como relativo no mundo cultural. Assim, a cultura de uma tribo perdida no Amazonas, por exemplo,

teria a mesma ordem de importância da cultura ocidental moderna. Portanto, esse método de pesquisa peca pela ausência de senso de proporção e escala, o que não permite reconhecer que fatores estruturais mais sólidos tais como classe social ou a forma capitalista de produção existem e dimensionam a realidade de comunidades, grupos sociais ou culturas.

A etnometodologia é outra postura teórica desenvolvida nos EUA que tem contribuído para o campo da antropologia da medicina. Ela originou-se a partir dos estudos de Boas⁴ que considerava os fenômenos culturais e lingüísticos como estando relacionados entre si e tendo uma origem inconsciente comum. Dando ênfase exclusiva à questão do significado, o que confunde idioma com cultura, Boas⁴ imprimiu uma nova direção à lingüística, abandonando a teoria histórica segundo a qual os idiomas provêm de um idioma-mãe. Whorf³² (1956) foi outro autor importante que consolidou a idéia de vínculo entre idioma e cultura. Segundo ele, a concepção da realidade depende da estrutura do idioma falado por uma sociedade. Assim, certos idiomas seriam mais adequados do que outros para desenvolver certos tipos de atividades. Ele não considerava, por exemplo, os idiomas indo-europeus adequados ao estudo das ciências físicas em geral, enquanto louvava a precisão e a racionalidade de alguns idiomas falados por sociedades "primitivas".

Na área da etnomedicina, Frake¹¹ (1977) pode ser considerado um autor bastante representativo, tendo analisado o sistema médico entre os Subanum de Mindanao, nas Filipinas. Numa etnografia densa e rigorosa, ele mostra que em alguns aspectos esse sistema de medicina realiza uma discriminação mais elaborada, principalmente entre os sintomas de doença de pele, do que a da medicina científica.

A crítica que se poderia fazer a esse método, no entanto, diz respeito ao fato

de ser controvertido o elo entre idioma e cultura na extensão que pretendem seus proponentes. É evidente que em alguns setores, esse elo é inevitável como, por exemplo, o fato dos Esquimós, habitantes do Ártico, terem vários vocábulos para designar neve, e os Aztecas, habitantes dos trópicos, terem apenas uma palavra para designar frio, neve e gelo, como observou Whorf.³² No entanto, as inúmeras pesquisas realizadas na área não têm sido capazes de ir muito longe em provar de um modo mais definitivo essa relação. Em geral, as tentativas ficam restritas a algumas peculiaridades empíricas setorializadas dentro da cultura estudada, sem espaço para enriquecimento teórico mais universal. Dentro de uma preocupação mais cosmopolita, a conclusão de Frake, de que nas doenças de pele os Subanum elaboram uma discriminação mais elaborada do que a da medicina científica ocidental, se dilui, por melhor que isso tenha sido provado.

O estruturalismo teve em Lèvi-Strauss¹⁶ (1970) um notável representante que chegou a se preocupar diretamente com o tema medicina. Para esse autor, qualquer sistema cognitivo obedece primordialmente à lógica classificatória binária do cérebro humano que determina como os elementos da estrutura social são organizados. Com isso, ele destrói as concepções utilitaristas tão frequentes no funcionalismo que explicava o sistema social a partir de necessidades humanas naturais de caráter biológico ou psicológico. Malinowski¹⁹ (1954), por exemplo, afirmava que o sistema de parentesco parte da necessidade sexual e do instinto de conservação, a religião da necessidade psicológica de proteção face ao desconhecido, o sistema político, da necessidade de proteção física, etc. Lèvi-Strauss¹⁶, refutando esse reducionismo explicativo a fatos biológicos ou psicológicos, afirmava que "o ser humano classifica o mundo porque o mundo é bom para ser pensado e não por causa de qualquer tipo de constran-

gimento ou necessidade biológica ou psicológica". Nesse esquema, as necessidades humanas naturais não só deixam de ser o motor da estrutura social como passam a ser subordinadas a este: é a estrutura social que modela as necessidades humanas. Como a estrutura social não é simplesmente um dado concreto, diretamente observável, mas parte da organização simbólica imposta inconscientemente pelo cérebro humano, em simbiose com a cultura, estes elementos organizam o pensamento, os sentimentos e as sensações humanas, condicionando, assim, o sentido de necessidade humana.

No que essas idéias concernem à medicina, Lèvi-Strauss¹⁶ as expôs no seu capítulo "O feiticeiro e sua magia" (1970). Nele, ele conta a estória anteriormente coletada por Boas a respeito de um índio do noroeste americano chamado Quesalid que havia se tornado um grande curandeiro. Nesse estudo, Lèvi-Strauss¹⁶ enfatiza o caráter da eficácia simbólica no qual os símbolos socialmente poderosos curam pacientes que, pela doença, incorrem numa espécie de desvio social. Assim, o shaman torna-se um curandeiro eficiente na medida em que seu desempenho é reconhecido socialmente pelo grupo. Na expressão do autor, "Quesalid não se tornou um grande shaman porque ele curava seus pacientes; ele curava seus pacientes porque tinha se tornado um grande shaman".

Os "insights" de Lèvi-Strauss¹⁶ na área da medicina sugerem um vasto campo de estudos relacionados tanto com o caráter psicossomático da doença como com o efeito placebo de inúmeros tratamentos e terapias médicas científicas ou não. Para ele, a integridade física não resiste à dissolução da personalidade social. Além disso, pela simples virtude de fazer parte de uma estrutura cognitiva, um elemento pode se tornar eficaz como, por exemplo, o uso de certas práticas terapêuticas que, isoladas de seu contexto cultural, não fazem qualquer senti-

do. Com a exceção de Comaroff⁶ (1978) que realizou um trabalho bastante interessante sobre o aspecto placebo existente em grande parte das consultas de clínicos gerais em Gales, não tem havido mais estudos na área sobre o assunto.

A crítica que se pode fazer ao estruturalismo, no entanto, diz respeito à sua dificuldade de lidar com a história e com os conflitos sociais. Para Lèvi-Strauss¹⁶, as diferenças culturais são produtos das estruturas que se forjaram pelo acaso e não de forças sociais determinadas. Ao colocar a estrutura e não a efetiva interação de grupos ou classes sociais como determinantes das regras, normas e valores sociais, além do desenvolvimento da própria história, o estruturalismo de Lèvi-Strauss mascara o fato de que tanto a arbitrariedade da existência dos elementos de uma cultura como o desenvolvimento histórico numa certa direção inevitavelmente beneficiam os interesses de certos segmentos de uma sociedade em detrimento de outros.

O movimento crítico culturalista norte-americano tem exercido importante influência em vários trabalhos antropológicos sobre medicina. Em geral, essa influência caracteriza-se, de um lado, por uma crítica radical à ciência e à prática médicas oficiais e, de outro, por uma valorização das medicinas alternativas e das concepções populares sobre saúde e doença. Nesse sentido, a ciência e a prática médicas são percebidas como algo negativo que promovem dependência, estigma e doenças.

Esse tipo de crítica começou a aparecer na área das doenças mentais (ver, por exemplo, Laing¹⁵, 1975 e Szasz²⁸, 1970), onde o caráter repressor, desumano e contrário à saúde contido na medicina oficial é denunciado. Atualmente, esse enfoque pode ser encontrado tendo como referência a medicina oficial em geral que, como um agente de controle social, reproduz o "ethos" da sociedade burocrático-industrial e capitalista em

suas concepções “racistas”, “machistas” e engajadas em promover a dominância de uma classe social sobre a outra. Nesse esquema, a doença é promovida pela inibição das possibilidades naturais e autônomas de cura e pela iatrogenia, ou seja, a responsabilidade pelo surgimento de doenças causadas pela própria prática terapêutica da medicina (Illich¹⁴, 1975).

Ao mesmo tempo, o impacto social da ação terapêutica da medicina oficial é considerado de proporção insignificante em relação à melhoria nas condições de saúde da população causadas por outros fatores tais como a disponibilidade de alimentos ou o controle ambiental (Powles²³, 1973; Mackeown¹⁸, 1976).

No que diz respeito à valorização das medicinas alternativas e populares, esse tipo de enfoque tende a enfatizar o aspecto holístico desse tipo de medicina que se baseia no equilíbrio do indivíduo com o seu meio natural e social para explicar a doença ou para promover a cura.

Trata-se em geral de uma postura romântica e individualista que acredita poder transformar amplos setores da sociedade (no caso a instituição médica) através de uma revolução cultural, sem perceber os aspectos estruturais da sociedade mais ampla da qual a instituição médica é em grande parte apenas uma expressão. No entanto, essa postura é mais importante do que julgam certos setores marxistas que não levam a questão cultural em consideração ou, quando a levam, a percebem apenas como um epifenômeno dentro de um quadro onde fatores infra-estruturais ou econômicos prevalecem. Em realidade, fatores culturais não podem ser separados de fatores econômicos e ambos ocorrem simultaneamente na infra-estrutura social, como enfatizou Worsley³³ (1982).

A relação da medicina com a sociedade foi colocada em novas bases no final da década dos anos 60, resultando num conjunto de trabalhos que criticaram as formulações funcionalistas e positivistas

até então dominantes nas contribuições das ciências sociais à medicina. Nesse período, já se anunciava a crise nos países capitalistas avançados que, especificamente na França (com o movimento de maio de 1968) e na Itália (com a reforma sanitária), trouxe à tona a politização da medicina, pondo em novas bases a relação da medicina com a sociedade.

O direcionamento dessas novas abordagens pelas ciências sociais marcou-se pela incorporação da tradição marxista, que passou a assumir importância analítica cada vez maior. No entanto, se no desenvolvimento da antropologia social em geral encontramos a presença dessa linha de análise em autores como Godelier¹² (1973), Terray²⁹ (1975), Bloch³ (1975) e outros, no que diz respeito ao campo específico da antropologia da medicina, ao contrário do que se verificou no campo da sociologia da medicina, as análises com esse referencial teórico quase inexistem. De fato, esse campo continuou permeável aos marcos teóricos anteriores, avançando mais suas análises pela incorporação do estruturalismo.

Podemos, contudo, apontar as contribuições de Foucault¹⁰ (1977) que serviram de referência para muitos estudos no campo das ciências sociais e medicina, especialmente aqueles voltados para a historicidade dos saberes e das instituições médicas, que têm servido de reflexão aos aspectos culturais, ideológicos e, principalmente, políticos da medicina, sem contudo constituir-se numa contribuição antropológica exclusiva.

Recentemente, o campo da antropologia da medicina tem-se desenvolvido em múltiplas direções, empregando diversos princípios teóricos e metodológicos, cujas bases estão nos autores revisados nesse texto. Autores de orientação empiricista como Wellin³¹ (1977: 47), embora não considerem esse aspecto um problema, o reconhecem como um fato. Em suas palavras,

“Nós não temos muita teoria em antropologia em geral ou em antropologia da medicina em particular. O que nós temos são orientações teóricas, postulados amplos que envolvem modos de selecionar, conceptualizar e ordenar dados em resposta a certos tipos de questão”.

Sem dúvida, se Wellin tem razão quando observa a precariedade teórica de um grande número de trabalhos atuais na área, ele deixa de tê-lo quando não vê problema nesse fato. Em realidade, sem uma teoria que formalize certas questões fundamentais, o resultado é o empiricismo que não leva a parte alguma.

COMENTÁRIOS FINAIS

Recentemente, uma contribuição importante no campo da antropologia que se valeu do paradigma teórico de Gramsci em conjunção com a metodologia antropológica foi o estudo de Canclini⁵ (1983) sobre culturas populares no México. A nosso ver, esse estudo abre possibilidades frutíferas ao campo da antropologia da medicina, uma vez que um dos problemas que ainda se coloca para essa disciplina é lidar com as práticas e as ideologias de cura alternativas em relação à medicina oficial. Cabe, nesse caso, entendê-las não como formas de produção, circulação e consumo de serviços de cura em oposição à medicina oficial, mas como em articulação com o processo capitalista de produção, embora elas mantenham algumas especificidades, principalmente no campo da cultura, da religião e da ideologia. Portanto, o modo de produção capitalista articula a produção do cuidado à saúde seja no plano “oficial”, seja no plano “popular” ou “alternativo”. Nesse caso, as práticas

e ideologias de cura alternativas só podem se manifestar de modo subordinado ou até mesmo respondendo, parcial ou totalmente, a certos vazios não preenchidos pela extensão do cuidado médico oficial.

No entanto, o objeto da antropologia na área da medicina não se circunscreve apenas às formas alternativas de medicina, como que numa procura incessante pelo exótico. Na medida em que a medicina oficial na sociedade capitalista comporta processos culturais e ideológicos (perfeitamente adequados à metodologia antropológica) permeando não só a produção, distribuição e consumo de bens e serviços de saúde como também a composição da força de trabalho nessa área, abre-se um campo novo e fértil à investigação antropológica, cujo estudo requer uma conjugação interdisciplinar de esforços no campo das ciências sociais aplicadas à medicina.

Muito está ainda por ser feito no campo da antropologia da medicina, principalmente quando ela passar a se preocupar com a produção, distribuição e consumo de atos médicos, medicamentos e serviços de saúde, assumindo assim como objeto de estudo processos sociais integrados à dinâmica capitalista. Assim, o consumo das chamadas medicinas “alternativas” ou “populares” terá de ser visto em relação com o padrão de consumo de diferentes categorias sociais impulsionado pelo modo de produção capitalista. A perspectiva antropológica, nesse caso, traria a compreensão da situação de pequena escala sem perder a dimensão do processo de mercantilização capitalista em que esta situação está subordinada. A nosso ver, esse é o grande desafio aberto a essa área de estudos que certamente só poderá produzir avanços teóricos se houver sucesso nessa empresa.

QUEIROZ, M. de S. & CANESQUI, A.M. [Anthropology of medicine: a theoretical review]. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 20:152-64, 1986

ABSTRACT: An analysis was made of the most representative literature on both curing practices of cure and health and illness representations, taking England, the United State of America and France as references. With representatives of the main schools of anthropological thought (such as functionalism, functional-structuralism, structuralism, labelling theory, symbolic interactionism, ethnomethodology and cultural criticism), the history of Anthropology of Medicine runs into the history of Anthropology itself. Besides analysing the contribution these various schools have made to this area of study, the current deadlock which is arising within, it is also indicated by this article. It is considered that the absence of a theory capable of explaining how small scale social process (which are appropriate to anthropological methodology) are subordinated to the large-scale social processes which are recurrent in capitalist society is the main reason for this deadlock.

UNITERMS: Anthropology, medical. Medicine, tradicional. Sociology, medical.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BECKER, H. S. *Outsides: studies in the sociology of deviance*. New York, Free Press, 1963.
2. BENEDICT, R. *Patterns of culture*. New York, Houghton Mifflin, 1934.
3. BLOCH, M. *Marxist analysis and social anthropology*. London, Malaby Press, 1975.
4. BOAS, F. *Race, language and culture*. New York, Free Press, 1966.
5. CANCLINI, N. G. *As culturas populares no capitalismo*. São Paulo, Ed. Brasiliense, 1983.
6. COMAROFF, J. A Bitter Pill to Swallow: placebo therapy and general practice. *Sociol. Rev.*, (76), 1978.
7. EVANS-PRITCHARD, E. E. *Witchcraft, oracles and magic among the Azande*. Oxford, Claredon Press, 1937.
8. FOSTER, G. M. Relationship between Spanish and Spanish-American folk medicine. *J. Amer. Folk.*, (66), 1953.
9. FOSTER, G. M. Disease etiologies in non-western medical systems. *Amer. anthropol.*, 78: 773-82, 1976.
10. FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1977.
11. FRAKE, C. O. The diagnosis of diseases among the Subanum of Mindanao. In: Landy, D., ed. *Culture, disease and healing: studies in medical anthropology*. New York, acMillan, 1977. p. 183-94.
12. GODELIER, M. Modes of production, kinship and demographic structures. In: *Symposium on Population and the Family*. New York, United Nations, 1973.
13. GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo, Perspectiva, 1974.
14. ILLICH, I. *Medical Nemesis: the expropriation of health*. London, Calder & Boyars, 1975.
15. LAING, R. D. *O eu divino*. Petrópolis, Vozes, 1975.
16. LÉVI-STRAUSS, C. *Antropologia estrutural*. São Paulo, Tempo Brasileiro, 1970.
17. LINTON, R. *Culture and mental disorders*. Springfield, Ill, 1956.
18. MacKEOWN, T. *The role of medicine: dream, mirage or nemesis*. London, The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1976.
19. MALINOWSKI, B. *Magic, science and religion*. New York, Doubleday, Anchor Books, 1954.
20. MEAD, G. H. Mind, self and society. In: Morris, C. W., ed. *Mind, self and society*. Chicago, Chicago University Press, 1967.
21. PARSONS, T. *The social system*. New York, Free Press, 1951.
22. PAUL, B. D. *Health, culture and community*. New York, Russel Sage Foundation, 1955.
23. POWLES, J. On the limitation of modern medicine. *Sci. Med. Man*, 1, 1973.

24. QUEIROZ, M. S. & CANESQUI, A. M. Contribuições da antropologia à medicina: uma revisão de estudos no Brasil. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 20:141-51, 1986.
25. RIVERS, W. H. R. *Medicine, magic and religion*. London, Kegan Paul, 1924.
26. ROSENHAN, D. L. On being sane in insane places. In: Mechanic, D., ed. *Readings in medical sociology*. New York, The Free Press, 1980.
27. ROTH, J. A. *Timetables*. London, Bobbs-Merril, 1963.
28. SZASZ, T. *The manufacture of madness*. New York, Dell Publishing, 1970.
29. TERRAY, E. Classes and class consciousness in the Aeron Kingdon of Gyaman. In: Bloch, M., ed. *Marxist analyses and social anthropology*. London, Malaby Press, 1975.
30. TURNER, V. W. *The forest of symbols*. London, Cornell University Press, 1977.
31. WELLIN, E. Theoretical orientation in medical anthropology: continuity and change over the past half-century. In: Landy, D., ed. *Culture, disease and healing: studies in medical anthropology*. New York, MacMillan, 1977. p. 47-58.
32. WHORF, B. L. *Language, thought and reality*. Cambridge, Mass., The MIT Press, 1956.
33. WORSLEY, P. M. *Marxism and culture*. Manchester, University of Manchester Press, 1982. (Occasional Paper, 4).
34. ZBOROWSKI, M. Cultural components in responses to pain. *J. soc. Issues*, (8), 1952.
35. ZOLA, I. K. Culture and symptoms. In: Cox, C. & Mead, A., eds. *A sociology of medical practice*. London, Collier/MacMillan, 1975.

Recebido para publicação em 11/10/1985

Aprovado para publicação em 06/01/1986