

Introdução: a abrangência da antropologia médica

Antropologia médica estuda a forma como as pessoas, em diferentes culturas e grupos sociais, explicam as causas dos problemas de saúde, os tipos de tratamento nos quais elas acreditam e a quem recorrem quando adoecem. Ela também é o estudo de como essas crenças e práticas relacionam-se com as alterações biológicas, psicológicas e sociais no organismo humano, tanto na saúde quanto na doença. A antropologia médica, por fim, é o estudo do sofrimento humano e das etapas pelas quais as pessoas passam para explicá-lo e aliviá-lo.

Para colocar o assunto em perspectiva, é necessário saber algo sobre a disciplina da antropologia em si, da qual a antropologia médica é um ramo relativamente novo. A antropologia – do grego “o estudo do homem” – tem sido chamada “a mais científica das ciências humanas e a mais humana das ciências”.¹ Seu objetivo é o estudo holístico do ser humano – origens, desenvolvimento, organizações sociais e políticas, religiões, línguas, arte e artefatos.

A antropologia, como campo de estudo, apresenta vários ramos. A *antropologia física* – também conhecida como biologia humana – é o estudo da evolução da espécie humana e preocupa-se em explicar as causas da atual diversidade das populações humanas. Em sua investigação da pré-história humana, a antropologia física usa as técnicas da arqueologia, da paleontologia, da genética e da sorologia, bem como o estudo do comportamento dos primatas e a ecologia. A *cultura material* trata da arte e dos artefatos do gênero humano, tanto no presente quanto no passado. Ela abrange os estudos das artes, dos instrumentos musicais, das armas, das roupas, das ferramentas e dos implementos agrícolas de diferentes populações e de todos os outros aspectos da tecnologia que os seres humanos utilizam para controlar, moldar, explorar e melhorar os seus ambientes sociais ou naturais. A *antropologia social* e a *cultural* tratam, respectivamente, do estudo comparativo das sociedades humanas contemporâneas e dos seus sis-

temas culturais, embora haja uma diferença na ênfase entre essas duas abordagens.

No Reino Unido, a *antropologia social* é a abordagem dominante e enfatiza as dimensões sociais da vida humana. Ela vê as pessoas como animais sociais, organizados em grupos que regulam e perpetuam a si mesmos, e é a experiência da pessoa como membro da sociedade que molda sua visão de mundo. Nesta perspectiva, a cultura é vista como um dos modos pelos quais o homem organiza e legitima sua sociedade, fornecendo a base para sua organização social, política e econômica. Nos Estados Unidos, a *antropologia cultural* concentra-se mais nos sistemas de símbolos, idéias e significados que compreendem uma cultura e dos quais a organização social é apenas uma expressão. Na prática, as diferenças na ênfase entre a antropologia social e a cultural fornecem perspectivas valiosas e complementares sobre dois aspectos centrais – como os grupos humanos se organizam e como eles encaram o mundo em que habitam. Em outras palavras, ao estudar um grupo de seres humanos, é necessário estudar as características tanto de sua sociedade como de sua cultura.

Keesing e Strathern² definem uma *sociedade* como compreendendo “um sistema social total cujos membros compartilham uma linguagem e tradição cultural comuns” – as quais geralmente a diferenciam das populações circundantes. As fronteiras entre as sociedades algumas vezes são vagas, mas, em geral, cada uma tem sua própria identidade territorial e política. Como mencionado adiante, a maioria das sociedades está tornando-se cada vez mais diversificada devido à imigração e a outros fatores. Ao estudar qualquer sociedade, os antropólogos investigam como os seus membros se organizam em vários grupos, hierarquias e papéis. Essa organização é revelada em sua ideologia e religião dominantes, em seus sistemas políticos e econômicos, nos tipos de ligações que o parentesco ou a residência próxima criam entre as pessoas, em suas hierarquias de poder e pres-

tígio e na divisão do trabalho entre pessoas de diferentes origens e gêneros. As regras que indicam a organização de uma sociedade e a forma como ela é simbolizada e transmitida fazem parte da cultura dessa sociedade.

O CONCEITO DE CULTURA

O que é, então, *cultura* (uma palavra usada muitas vezes ao longo deste livro)? Os antropólogos forneceram várias definições, das quais talvez a mais famosa seja a de Tylor,³ em 1871: “Aquele complexo integral que inclui conhecimento, crenças, arte, moral, leis, costumes e quaisquer outras capacidades e hábitos adquiridos pelo homem como membro de uma sociedade”. Keesing e Strathern,⁴ em sua definição, destacam o aspecto ideacional da cultura. Isto é, as culturas compreendem “sistemas de idéias compartilhadas, sistemas de conceitos e regras e significados que subjazem e são expressos nas maneiras como os seres humanos vivem”.

A partir dessas definições, pode-se ver que a cultura é um conjunto de orientações (tanto explícitas quanto implícitas) que os indivíduos herdaram como membros de uma sociedade particular, as quais lhes dizem como ver o mundo, como experimentá-lo emocionalmente e como se comportar em relação a outras pessoas, às forças sobrenaturais ou aos deuses e ao ambiente natural. Ela também fornece aos indivíduos um modo de transmitir essas orientações para a próxima geração – pelo uso de símbolos, linguagem, arte e rituais. Em certa medida, a cultura pode ser encarada como uma “lente” herdada através da qual o indivíduo percebe e compreende o mundo em que habita e aprende a viver dentro dele. Crescer dentro de qualquer sociedade é uma forma de *enculturação*,* pela qual o indivíduo lentamente adquire a sua “lente”. Sem este tipo de percepção compartilhada do mundo, tanto a coesão como a continuidade de qualquer grupo humano seriam impossíveis.

O antropólogo norte-americano Edward T. Hall⁵ propôs que, em cada grupo humano, há três *níveis* diferentes de cultura. Estes variam da cultura manifesta e explícita (“nível terciário de cultura”), visível ao estrangeiro, tais como rituais sociais, trajes típicos, culinária nacional e ocasiões festivas, a níveis

muito mais profundos, conhecidos somente pelos membros do grupo cultural em si. Enquanto o nível terciário é basicamente a “fachada” pública apresentada ao mundo, abaixo dele situam-se várias presunções, crenças e regras implícitas, que constituem a “gramática cultural” daquele grupo. Esses níveis mais profundos incluem a “cultura de nível secundário”, em que tais regras e presunções subjacentes são conhecidas pelos membros do grupo, porém raramente compartilhadas com estrangeiros – e a “cultura de nível primário”. Esta última é o nível mais profundo da cultura, “em que as regras são conhecidas e obedecidas por todos, mas raramente ou nunca mencionadas. Suas regras são implícitas, tomadas como certas, sendo praticamente impossível ao sujeito mediano expressá-las como um sistema e, geralmente, inconscientes”.

Na visão de Hall, enquanto o nível manifesto e terciário da cultura é mais fácil de observar, alterar e manipular, os níveis mais profundos (primário e secundário) são os mais ocultos, estáveis e resistentes às mudanças. Isso, por sua vez, tem grandes implicações para os cientistas sociais aplicados, especialmente para quem quer ajudar ou educar populações de outras culturas.

Um aspecto crucial da “lente” de qualquer cultura é a divisão do mundo e das pessoas dentro dele em diferentes *categorias*, cada uma com seu próprio nome. Por exemplo, todas as culturas dividem seus membros em diferentes categorias sociais – como homens ou mulheres, crianças ou adultos, jovens ou velhos, conhecidos ou estranhos, de classe alta ou baixa, capazes ou incapazes, normais ou anormais, belos ou feios, loucos ou maus, saudáveis ou doentes. Todas as culturas possuem maneiras elaboradas de mover as pessoas de uma categoria social para outra (como de “pessoa doente” para “pessoa saudável”) e de confiná-las – algumas vezes contra a sua vontade – dentro de categorias nas quais foram colocadas (como “louco”, “incapacitado” ou “idoso”).

Antropólogos como Leach⁶ destacam que praticamente todas as sociedades possuem mais de uma cultura dentro de suas fronteiras. Por exemplo, a maioria das sociedades tem alguma forma de estratificação social em classes sociais, castas ou categorias, e cada estrato é marcado pelos seus próprios atributos culturais distintos, incluindo uso da linguagem, costumes, estilos de vestir, padrões de alimentação e moradia e assim por diante. Ricos e pobres, poderosos e destituídos de poder – cada um terá herdado sua própria perspectiva cultural. Até certo ponto, tanto os homens quanto as mulheres podem ter suas próprias “culturas” distintas dentro da mesma sociedade, e espera-se que sigam diferentes normas e atendam a diferentes expectativas. Crianças, adultos e

* N. de R.T. Aqui, o autor faz uma distinção entre *enculturação* e *aculturação*. Este último é um conceito antigo em antropologia e que significa uma mudança de padrões culturais de um grupo social sob a influência de outro grupo social, geralmente mais poderoso.

idosos estão todos sujeitos às diferentes regras de comportamento e possuem diferentes visões de mundo. Além dos estratos sociais, pode-se observar que, embora as sociedades complexas mais modernas, como as na América do Norte e na Europa ocidental, possuam suas próprias tradições culturais exclusivas, elas agora incluem, dentro de suas fronteiras, minorias religiosas e étnicas, turistas, estudantes estrangeiros, imigrantes recentes, refugiados políticos e trabalhadores migrantes, cada um com sua própria cultura. Muitos desses grupos sofrerão um certo grau de *aculturação* com o tempo enquanto incorporam alguns dos atributos culturais da sociedade maior, mas não outros. Além disso, cada vez mais seguidores de diferentes religiões novas, cultos e estilos de vida estão surgindo na maioria das sociedades ocidentais, cada um com sua própria visão exclusiva de mundo.

Uma subdivisão ulterior da cultura dentro de sociedades complexas é vista nas várias *subculturas* profissionais existentes, como medicina, enfermagem, direito ou profissões militares. Em cada caso, estas pessoas formam um grupo à parte, com seus próprios conceitos, regras e organização social. Embora cada subcultura tenha se desenvolvido a partir da cultura maior e compartilhe muitos de seus conceitos e valores, ela também possui características próprias exclusivas e distintas. Os estudantes nessas profissões – sobretudo em medicina e enfermagem – também sofrem uma forma de *enculturação* ao adquirir, gradualmente, a “cultura” da carreira escolhida. Ao fazê-lo, eles também adquirem uma perspectiva de vida muito diferente da que têm aqueles que estão fora da profissão. No caso da profissão médica, sua subcultura também reflete muitas das divisões sociais e dos preconceitos da sociedade maior (ver Capítulos 4 e 6) e isso pode interferir com os cuidados de saúde e com a comunicação médico-paciente ou enfermeiro-paciente, como ilustrado adiante neste livro.

Tudo isso significa que as sociedades mais complexas nunca são homogêneas e são hoje uma “colcha de retalhos” de diferentes subculturas, com diferentes visões de mundo coexistindo – algumas vezes de modo desconfortável – dentro do mesmo território. Assim, a “cultura” é um conceito cada vez mais fluido que, na maioria das sociedades, está sofrendo um processo constante de mudança e adaptação. Pode-se dizer que, agora, muitos indivíduos, famílias e mesmo comunidades ocupam duas ou mesmo mais culturas ao mesmo tempo. Este *biculturalismo* (e com frequência *bilingüismo*) é especialmente verdadeiro para os migrantes novos, nos quais a cultura tradicional da primeira geração muitas vezes coexiste com as culturas bastante diferentes adquiridas pelos seus filhos e netos (ver Capítulo 12).

O contexto da cultura

De modo geral, portanto, a origem cultural tem uma influência importante em muitos aspectos da vida das pessoas, incluindo crenças, comportamento, percepções, emoções, linguagem, religião, rituais, estrutura familiar, dieta, modo de vestir, imagem corporal, conceitos de espaço e de tempo e atitudes em relação à doença, dor e outras formas de infortúnio – todos podendo ter importantes implicações para a saúde e os cuidados de saúde.

Porém, a cultura em que você nasceu, ou na qual você vive, nunca é a *única* influência. Ela é apenas uma de várias influências sobre as crenças e os comportamentos relacionados à saúde, que incluem:

- fatores *individuais* (como idade, gênero, tamanho, aparência, personalidade, inteligência, experiência, estado físico e emocional);
- fatores *educacionais* (tanto educação formal quanto informal, inclusive educação em uma subcultura religiosa, étnica ou profissional);
- fatores *socioeconômicos* (como pobreza, classe social, *status* econômico, ocupação ou desemprego, discriminação ou racismo, bem como redes de suporte social de outras pessoas);
- fatores *ambientais* (como clima, densidade populacional ou poluição do *habitat*, mas incluindo também tipos de infra-estrutura disponível, como moradia, estradas, pontes, transporte público e serviços de saúde).

Em qualquer caso particular, além disso, todos esses fatores vão desempenhar algum papel, mas em proporções diferentes. Assim, em algumas situações – dependendo do contexto – as pessoas agem mais “culturalmente” do que em outras. Em outras ocasiões, seu comportamento pode ser determinado mais pela sua personalidade, pelo *status* econômico, por algo em que a educação os ensinou a acreditar ou pelas características do ambiente em que vivem.

Maus usos do conceito de cultura

O conceito de cultura em si tem sido algumas vezes incompreendido ou mesmo usado de forma errada. Por exemplo, as culturas nunca são homogêneas, e, assim, deve-se sempre evitar usar generalizações ao explicar as crenças e os comportamentos das pessoas. Não se pode fazer generalizações amplas sobre os membros de qualquer grupo humano sem levar em conta o fato de que as diferenças entre os membros do grupo podem ser tão marcantes como aquelas entre os membros de diferentes grupos cul-

turais. Frases como “os membros do grupo X não fazem Y” (como fumar, beber ou comer carne) podem ser verdadeiras a respeito de alguns ou mesmo da maioria dos membros do grupo, mas não necessariamente de todos. Por conseguinte, deve-se diferenciar entre as regras de uma cultura, que determinam como alguém *deveria* pensar e se comportar, e a forma como as pessoas realmente comportam-se na vida real. As generalizações também podem ser perigosas, pois freqüentemente levam ao desenvolvimento de estereótipos e então a equívocos culturais, preconceitos e discriminação. Outra razão para não generalizar é que as culturas nunca são estáticas – elas geralmente são influenciadas pelos outros grupos humanos em torno delas e, na maior parte do mundo, estão em um processo constante de adaptação e mudança. Cada vez mais isso se deve à globalização econômica e ao crescimento dos sistemas de comunicação global como rádio, televisão e internet, bem como às viagens aéreas, ao turismo de massa e ao aumento dos níveis de migração (ver Capítulos 12 e 18). Para algumas comunidades de migrantes, isso pode significar que o relacionamento previamente íntimo entre sua cultura e sua área geográfica de origem torna-se mais fraco com o tempo à medida que eles gradualmente são assimilados em outro ambiente cultural. Para outros, porém, a escolha pode ser a tentativa de manter o máximo possível de sua identidade original, por exemplo, usando sempre a língua materna em casa, consumindo seus alimentos tradicionais e assistindo aos programas de televisão por satélite somente de seu país natal. Tudo isso significa que agora é difícil generalizar sobre os grupos culturais, especialmente em sociedades mais complexas. Nesta era moderna de fluxo constante e movimento populacional, o que é verdadeiro sobre a cultura de um grupo particular em um ano pode não ser verdadeiro no ano seguinte.

Assim, a visão moderna da cultura – como já mencionado – é destacar a importância de considerá-la sempre dentro de seu *contexto* particular. Esse contexto é composto de elementos históricos, econômicos, sociais, políticos e geográficos e significa que a cultura de qualquer grupo de pessoas, em qualquer ponto particular no tempo, é sempre influenciada por muitos outros fatores. Portanto, pode ser impossível isolar as crenças e os comportamentos culturais “puros” do contexto social e econômico em que eles ocorrem. Por exemplo, as pessoas podem agir de um modo particular (consumir certos alimentos, viver em uma casa com muitas pessoas ou não ir ao médico quando adoecem) não porque seja parte de sua cultura fazer isso, mas porque simplesmente são pobres demais para agir de outra forma. Elas podem ter altos níveis de ansiedade em suas vidas diárias não por-

que sua cultura as torna ansiosas, mas porque estão sofrendo discriminação ou perseguição por outras pessoas. Portanto, ao compreender saúde e doença, é importante evitar “culpar a vítima” – isto é, ver a má saúde de uma população como o resultado exclusivo de sua cultura em vez de considerar também sua situação econômica ou social particular.

No cuidado clínico, o mau uso do conceito de cultura pode ocorrer quando sua influência é enfatizada *excessivamente* na interpretação de como algumas pessoas apresentam seus sintomas aos profissionais de saúde. Os sintomas ou alterações de comportamento podem ser atribuídos à “cultura” de uma pessoa quando na verdade são causados por um distúrbio físico ou mental subjacente.⁷ Por exemplo, as doenças físicas do cérebro (como tumores ou encefalite) podem ser confundidas com doença mental em certos contextos culturais e sociais. Weiss⁸ descreveu que, na Índia e em outros lugares, alguns casos de malária cerebral foram erroneamente diagnosticados como doença mental. Outro mau uso sério do conceito ocorre quando o comportamento anti-social, perigoso ou mesmo homicida de um indivíduo é atribuído à sua “cultura” quando não tem nada a ver com ela de forma alguma; um exemplo disso é a “camuflagem cultural” descrita no Capítulo 10.

FATORES SOCIOECONÔMICOS: DESIGUALDADES EM SAÚDE

Os fatores econômicos e a desigualdade social são algumas das causas mais importantes de má saúde, pois a *pobreza* pode resultar em desnutrição, condições de vida em aglomerações, roupas inadequadas, níveis ruins de educação, casa ou trabalho situados em áreas com riscos ambientais maiores (como nas proximidades de fábricas que produzem resíduos tóxicos), bem como exposição à violência física e psicológica, estresse psicológico e abuso de drogas e álcool. A distribuição desigual de riqueza e recursos e de acesso aos serviços de saúde – tanto entre os países quanto dentro de cada país – também pode levar a esta situação. Um estudo inicial dessas *disparidades de saúde* no Reino Unido, o Black Report⁹ de 1982, mostrou como a saúde podia ser claramente correlacionada com a renda, com as pessoas nas classes sociais mais baixas sofrendo mais doença e com uma mortalidade muito maior do que seus concidadãos nas classes mais afluentes. Nos últimos anos, essa situação piorou na Grã-Bretanha, com uma ampliação da diferença na expectativa de vida entre as classes sociais. Na Inglaterra e no País de Gales, no período de 1972 a 1976, a expectativa de vida para aqueles em ocupações profissio-

nais era 5,5 anos maior para homens e 5,3 anos maior para mulheres em comparação com aqueles em ocupações manuais não-qualificadas; no período de 1992 a 1996, porém, esta diferença de classe na expectativa de vida havia se ampliado para 9,5 anos para homens e 6,4 anos para mulheres.¹⁰

Em muitas sociedades ocidentais, essas disparidades são particularmente evidentes em grupos minoritários étnicos ou culturais, quer sejam imigrantes ou nativos do país. Nos Estados Unidos, diversos estudos indicam que os membros de grupos minoritários sofrem desproporcionalmente de doença cardíaca, diabetes, asma, câncer e outras condições.¹¹ As razões para essas disparidades de saúde são complexas: elas incluem os muitos efeitos da pobreza, mas também os desvios e a falta de flexibilidade do sistema de cuidados de saúde em si. Além disso, como Betancourt e colaboradores¹¹ relatam, as minorias étnicas nos Estados Unidos possuem taxas muito menores de cobertura pelo seguro-saúde: por exemplo, enquanto os latinos são apenas 13% da população, representam 25% daqueles sem qualquer seguro-saúde. As pessoas de baixa renda não somente podem ser incapazes de pagar por bons cuidados de saúde, mas também de ausentar-se do trabalho para fazer uso de quaisquer cuidados de saúde disponíveis. Outro fator prejudicial à saúde dos grupos minoritários pode ser a discriminação, o racismo ou a perseguição pela população “hospedeira”,¹² bem como uma má vontade geral em considerar suas crenças, práticas e expectativas em saúde.

Também no mundo em desenvolvimento, qualquer que seja a cultura local, a má saúde geralmente está associada à baixa renda e pobreza, pois esta influencia o tipo de alimento, água, roupas, saneamento, moradia e cuidados médicos pelos quais as pessoas podem pagar.¹³ As disparidades de saúde e o ambiente físico em que as comunidades mais pobres vivem podem ter um impacto direto em sua saúde, resultando, por exemplo, em uma incapacidade de pagar por um suprimento de água potável ou pela coleta de esgotos adequada. Em 2005, o Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas estimou que 1,2 bilhões de pessoas ainda não tinham acesso a água potável, enquanto 2,4 bilhões de pessoas não tinham acesso a saneamento adequado, e que essas duas situações poderiam levar às taxas aumentadas de doenças veiculadas pela água, que já matam cerca de dois milhões de crianças por ano.¹⁴

Um exemplo da relação entre desigualdade e estado de saúde foi descrito no estudo de Unterhalter¹⁵ sobre as taxas de mortalidade de lactentes entre diferentes comunidades étnicas em Joanesburgo, África do Sul, entre 1910 e 1979. Ela verificou a existência de taxas muito maiores de mortalidade de lactentes

entre negros e outros grupos “não-brancos” do que entre brancos, e isso se correlacionou claramente com as desigualdades econômicas e sociais que lhes eram impostas pelo sistema do *apartheid*. Preston-Whyte¹⁶ descreveu por que o legado desse sistema político de racismo tornou o controle da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) na África do Sul muito mais difícil hoje em dia: o *apartheid* era um sistema que, em zonas rurais, freqüentemente separava os homens de suas esposas, enviando-os para trabalhar nas cidades por muitos anos. Lá, eles viviam em hospedarias somente para homens, o que ajudou a institucionalizar as relações sexuais com múltiplos parceiros para muitos deles. Ao mesmo tempo, nas zonas rurais, as mulheres pobres algumas vezes precisavam se prostituir para ganhar dinheiro para sua própria sobrevivência e de seus filhos.

Os efeitos da desigualdade social sobre a saúde e a expectativa de vida também podem aplicar-se às sociedades afluentes; isto é, a privação pode ser tanto relativa como absoluta. Marmot¹⁷ descreveu a “síndrome de *status*”, em que, para pessoas acima de um limiar de bem-estar material, outros fatores, como a sensação de autonomia e controle sobre suas vidas, assim como oportunidades de “engajamento e participação social plenos”, são cruciais para sua saúde, bem-estar e longevidade. A pesquisa indica que quanto mais alto e mais bem-sucedido se está na hierarquia social, ou mesmo dentro de uma organização particular, como uma empresa, corporação ou burocracia, maior a saúde e expectativa de vida da pessoa. Quanto menor o nível social, maiores os riscos de saúde. Por exemplo, ele cita uma pesquisa mostrando que os atores de cinema que ganham um Prêmio da Academia (um “Oscar”) vivem em média quatro anos mais do que seus coadjuvantes e do que outros atores que foram indicados para o Oscar mas que nunca o receberam. Este “gradiente social em saúde” parece ser encontrado em todas as sociedades, ricas e pobres, nas quais a hierarquia ou desigualdade social é uma característica. Um exemplo disso na Grã-Bretanha foi o famoso “Estudo Whitehall”¹⁸ – um estudo detalhado de 25 anos sobre a saúde de 18.000 funcionários do governo – que encontrou uma morbidade e mortalidade muito maiores, especialmente por doença cardíaca, nos escalões inferiores da burocracia. Os administradores de nível mais alto e os oficiais executivos tinham saúde muito melhor e maior expectativa de vida do que os empregados subalternos ou exercendo cargos inferiores. Fatores como a renda ou o nível de educação desempenharam um papel nisso, mas também a sensação subjetiva de *controle* que as pessoas tinham sobre suas circunstâncias de vida particulares – tanto no trabalho quanto em casa. Marmot observa que um fator-cha-

ve aqui pode ser psicológico, pois “a experiência psicológica da desigualdade tem efeitos profundos nos sistemas corporais”. A experiência subjetiva do estresse, e da falta de controle sobre ele, pode ser um fator importante na causação de alterações fisiológicas, que por sua vez levam ao “gradiente social da saúde”. E mais, ele observa que “pessoas no mesmo nível na hierarquia ocupacional com parcelas diferentes de controle tinham taxas marcadamente diferentes de doença – o baixo controle levou consistentemente a mais doença”. Outro fator é o grau de coesão social existente, e o fato de o indivíduo estar envolvido em redes de suporte de família, amigos ou colegas de trabalho. Em nível nacional, Marmot observa que as sociedades caracterizadas pela alta coesão social, quer sejam ricas ou pobres, “têm saúde melhor do que outras com a mesma riqueza porém menor coesão social”.¹⁹

Quando as sociedades mais pobres passam por um *desenvolvimento* econômico e social rápido, a saúde de muitos de seus cidadãos pode melhorar, mas a de outros pode piorar. Por exemplo, um estudo na China em meados da década de 1990²⁰ mostrou, para grupos cujo *status* socioeconômico melhorou, como as chances de ter um estilo de vida mais saudável na verdade diminuíram. Ser novo rico significou um desvio em direção ao consumo de mais alimentos processados, ricos em gordura, sal e açúcar refinado, bem como um estilo de vida mais sedentário. Paradoxalmente, aqueles grupos que permaneceram em um nível socioeconômico mais baixo pareceram manter um estilo de vida mais saudável, levando uma vida mais ativa e consumindo mais alimentos naturais como frutas, vegetais e grãos. Este fenômeno de “transição do estilo de vida” nos países em desenvolvimento e mais pobres, pode explicar parcialmente por que “as doenças não-transmissíveis relacionadas à nutrição são mais prevalentes no mundo em desenvolvimento entre pessoas com um *status* socioeconômico maior, enquanto o oposto é encontrado nas sociedades desenvolvidas”.²¹ Estas doenças “novas” na população incluem a obesidade, o diabetes e os distúrbios cardiovasculares (ver Capítulo 3).

De modo geral, então, a conclusão desta seção é que a “cultura” não pode – nem deve – ser considerada em um vácuo. A cultura “pura” dificilmente existe, pois é apenas um componente de uma mistura complexa e diversificada de fatores que exercem influência sobre as crenças das pessoas, sobre a forma como elas vivem o seu cotidiano e sobre sua saúde e doença.

ANTROPOLOGIA MÉDICA

Embora a *antropologia médica* seja um ramo da antropologia social e cultural, suas raízes também se

situam profundamente dentro da medicina e de outras ciências naturais, pois está relacionada com uma ampla variedade de fenômenos biológicos, sobretudo em relação à saúde e à doença. Como uma área, ela portanto situa-se – algumas vezes de forma desconfortável – na sobreposição entre as ciências sociais e naturais e retira seus *insights* dos dois conjuntos de disciplinas. Na definição de Foster e Anderson,²² ela é “uma disciplina biocultural voltada tanto para os aspectos biológicos como para os aspectos socioculturais do comportamento humano e, particularmente, para a maneira como os dois interagiram ao longo da história humana para influenciar a saúde e a doença”.

Os antropólogos que estudam a faixa sociocultural deste espectro têm indicado que, em todas as sociedades humanas, as crenças e práticas relativas aos problemas de saúde* são uma característica central da cultura. Frequentemente, elas estão ligadas às crenças sobre a origem de uma variedade muito maior de infortúnios (incluindo acidentes, conflitos interpessoais, desastres naturais, quebras de safra, roubos e perdas), dos quais a má saúde é apenas uma forma. Em algumas sociedades, todo o espectro desses infortúnios é atribuído às forças sobrenaturais, à retribuição divina ou à malevolência de um bruxo ou feiticeiro. Os valores e costumes associados à má saúde são parte da cultura mais ampla e com certeza não podem ser estudados isoladamente. Não se pode de fato compreender como as pessoas reagem à doença, à morte ou a outros infortúnios sem uma compreensão do tipo de cultura em que elas cresceram ou que adquiriram – isto é, das “lentes” através das quais elas percebem e interpretam seu mundo. Além do estudo da cultura, também é necessário examinar a *organização social* da saúde e da doença na sociedade (o sistema de cuidados de saúde), que inclui a forma como as pessoas são reconhecidas como doentes, o modo como elas apresentam essa doença a outras pessoas, os atributos daqueles a quem elas apresentam sua doença e as maneiras pelas quais a doença é abordada.

Este grupo de “curadores” ou “agentes de cura” é encontrado em diferentes formas em todas as sociedades humanas. Os antropólogos estão particularmente interessados nas características desse grupo social especial: seleção, treinamento, conceitos, va-

* N. de R.T. Na edição em inglês, o autor utiliza a expressão “ill health” para referir-se a um complexo estado em que o indivíduo está ou sente-se “doente”. Assim, a versão brasileira dessa obra adotou tanto a expressão “má saúde”, como “problemas de saúde”.

lores e organização interna. Eles também estudam o modo como essas pessoas se ajustam no sistema social como um todo: sua posição na hierarquia social, seu poder econômico ou político e a divisão do trabalho entre eles e outros membros da sociedade. Em alguns grupos humanos, os agentes de cura desempenham outros papéis além de suas funções de cura – eles podem agir como “integradores” da sociedade, verificando regularmente os valores dela (ver Capítulo 9), ou como agentes de controle social, ajudando a marcar e a punir comportamentos socialmente desviantes (ver Capítulo 10). Seu foco pode não ser apenas o indivíduo doente, e sim sua família, comunidade, vila ou tribo “doentes”. Assim, ao estudar como esses indivíduos em uma dada sociedade percebem e reagem à má saúde e os tipos de cuidados de saúde que eles fornecem, é importante saber algo sobre os atributos *culturais* e *sociais* da sociedade em que eles vivem. Esta é uma das principais tarefas da antropologia médica.

Na faixa biológica do espectro, a antropologia médica alimenta-se das técnicas e dos achados da ciência médica e de seus vários campos subordinados, incluindo a microbiologia, bioquímica, genética, parasitologia, patologia, nutrição e epidemiologia. Em muitos casos, é possível ligar as alterações biológicas encontradas com o uso dessas técnicas a fatores sociais e culturais em uma sociedade particular. Por exemplo, uma doença hereditária transmitida por um gene recessivo pode ocorrer com uma frequência maior em uma dada população devido à sua preferência cultural pela endogamia (casamento somente dentro da própria família ou do grupo local de parentesco). Para desvendar este problema, são necessárias várias perspectivas:

- *medicina clínica*, para identificar a manifestação clínica da doença;
- *patologia*, para confirmar a doença em nível celular ou bioquímico;
- *genética*, para identificar e prever a base hereditária da doença e sua ligação com um gene recessivo;
- *epidemiologia*, para mostrar sua alta incidência em uma dada população em relação ao acúmulo de genes recessivos e certos costumes de casamento;
- *antropologia social ou cultural*, para explicar os padrões de casamento daquela sociedade e para identificar quem pode casar-se dentro dela.

A antropologia médica tenta resolver esse tipo de problema clínico utilizando não somente os achados antropológicos, mas também aqueles das ciências biológicas – sendo, em outras palavras, uma “disciplina biocultural”.

A ANTROPOLOGIA MÉDICA E O CICLO VITAL HUMANO

Um aspecto importante da antropologia médica é o estudo do ciclo vital humano e de todos os seus estágios, do nascimento à morte. A expressão *classe etária* (*age-grade*) é usada em antropologia para a categoria de pessoas que se enquadram dentro de uma faixa etária em particular, culturalmente definida (como crianças, adultos ou idosos).²³ Cada classe etária não é somente um estágio de vida biológico e universal; seu início e fim também são definidos pela cultura, bem como os eventos esperados dentro dela. E mais, cada classe etária também tem dimensões sociais e psicológicas profundas para aqueles que a atravessam. Em geral, estas definem de modo bastante preciso como as pessoas dentro de uma classe etária devem se comportar e como as outras pessoas devem se comportar em relação a elas. Assim como cada sociedade tem uma divisão profunda entre os tipos de comportamento esperados de homens e mulheres, também há diferenças importantes entre o que é esperado de cada uma das classes etárias.

Posteriormente neste livro, os dois extremos do ciclo vital humano, nascimento e morte, são discutidos em mais detalhes sob a perspectiva da antropologia médica (Capítulos 6 e 9). Também há mais discussões sobre como, particularmente na sociedade ocidental, muitas das etapas normais do ciclo vital (como puberdade, menstruação, gravidez, parto, menopausa e mesmo morte) parecem ter gradualmente se tornado “medicalizadas” e transformadas em estados patológicos, em vez de naturais.

Nos últimos anos, a antropologia médica tem dedicado considerável atenção às características culturais de dois estágios particulares do crescimento e desenvolvimento humanos: a infância e a velhice. Até certo ponto, tanto as crianças²⁴ quanto os idosos²⁵ podem ser descritos como tendo suas próprias culturas, ou melhor, subculturas, pois eles possuem sua própria visão exclusiva de mundo e modos de se comportar dentro dele. Embora cada um esteja sempre inserido dentro da cultura maior, eles também possuem certas características próprias e distintas.

A infância

Assim como a velhice, a definição de infância não é algo fixo e finito, com base somente em critérios biológicos. Estudos transculturais indicam que há amplas variações na forma como a infância é definida, seu início e fim, e no comportamento considerado apropriado para as crianças e para aqueles que

as rodeiam. James e colaboradores²⁶ destacam que as definições de infância são sempre, em certa medida, “construídas socialmente”, isso porque elas tendem a variar de modo bastante amplo entre os diferentes grupos humanos. Por exemplo, diferentes sociedades estabelecem diferentes idades a partir das quais as crianças podem ser educadas, tomar parte em certos rituais religiosos, trabalhar fora de casa, ter relações sexuais, controlar suas próprias finanças, tomar decisões independentes (sobre sua saúde, educação ou local de residência), ter seus próprios documentos de identidade ou passaportes, assumir responsabilidade legal por suas ações e assim por diante. Em algumas culturas tradicionais, esperava-se inclusive que as crianças casassem, e a cerimônia de noivado ocorria arranjada por seus pais e parentes próximos. Embora tais casamentos arranjados entre crianças sejam agora cada vez mais incomuns, especialmente em zonas urbanas, no passado eles existiam em partes da Índia, da China, do Japão, da África e do sul da Europa.²⁷ Entre os Hausa da Nigéria, por exemplo, a infância efetivamente terminava para uma menina quando, na idade de 10 anos, ela era prometida a seu futuro marido, esperando-se então que tomasse parte nas “responsabilidades sociais de uma esposa”.²⁸ Em outras situações culturais, esperava-se que as crianças se tornassem combatentes na guerra – sobretudo nas guerras civis e rebeliões²⁹ – ou trabalhassem em tempo integral fora de casa, freqüentemente por salários muito baixos.²⁹ A noção da infância como período único e protegido – uma existência em tese livre de preocupações, com seus próprios hábitos, lazer, normas de vestimenta, dietas, presentes, brinquedos, livros, programas de computador, filmes, vídeos e revistas – parece ser uma característica das sociedades economicamente mais desenvolvidas, em que altos lucros vêm sendo obtidos com esta “separação” conceitual da infância. Já nas sociedades mais pobres, as crianças são, com efeito, adultos em treinamento, esperando-se que realizem, o mais cedo possível, quase todas as tarefas usuais dos adultos, como cuidar de crianças, cozinhar, caçar, pastorear e ganhar dinheiro.

Na construção da cultura da infância, tanto em casa quanto na escola, as crianças não são apenas receptores passivos do processo. Elas também desenvolvem suas próprias crenças e linguagem²⁴ e contribuem para o desenvolvimento de sua própria identidade. Como James e colaboradores²⁶ destacam: “as crianças não são formadas pelas forças naturais e sociais, e sim... elas habitam em um mundo de significados criados por si mesmas e através de sua interação com os adultos”. Cada vez mais, a antropologia médica concentra-se em certos aspectos da cultura da infância que se relacionam com a saúde e a doença – em particular, as necessidades e percepções da criança doente,

suas crenças sobre saúde e doença e suas atitudes em relação ao tratamento médico (ver Capítulo 5).

Em nível internacional, o estudo antropológico da infância tem importância crescente devido às implicações, para a saúde, de uma série de aspectos sociais contemporâneos. Estes incluem o uso do trabalho infantil,²⁹ o abuso sexual e físico de crianças,^{30,31} a prevalência disseminada da prostituição infantil,²⁹ o uso crescente de crianças na guerra²⁹ e o número cada vez maior de “crianças de rua” em vários países mais pobres.

Adiante neste livro, há uma discussão sobre algumas das áreas em que a antropologia médica já contribuiu para uma compreensão mais completa da saúde do lactente e da criança. Elas incluem os aspectos de incapacidade (Capítulo 2), a circuncisão masculina e feminina (Capítulo 2), as práticas de nutrição e a alimentação do lactente (Capítulo 3), as percepções de doença (Capítulo 5), a gestação e o parto (Capítulo 6), a automedicação e o abuso de substâncias (Capítulo 8), a estrutura familiar (Capítulo 10) e as imunizações, o planejamento familiar e os cuidados primários de saúde (Capítulo 18).

A velhice

Um ramo relativamente novo da antropologia médica, a *gerontologia transcultural*, é o estudo do envelhecimento e das atitudes sociais em relação a ele em diferentes culturas. Sua importância é crescente, pois o número de idosos no mundo está aumentando rapidamente. Em todo o mundo, as Nações Unidas prevêem que a população com 60 anos ou mais irá triplicar, de 606 milhões em 2000 para quase dois bilhões em 2050.³² Nos países mais desenvolvidos, os idosos já constituem 20% da população (e já ultrapassaram a população de crianças), devendo chegar a 33% por volta de 2050. Nos países em desenvolvimento, a porcentagem de idosos irá aumentar de 8% para 20%, esperando-se que a maior parte desse crescimento ocorra na África, na Ásia e na América Latina. Em todo o mundo, os “idosos mais velhos” (com 80 anos ou mais) são o grupo etário que cresce mais rapidamente entre a população mais velha, com um aumento projetado de 69 milhões em 2000 para 379 milhões em 2050.³² Esse envelhecimento da população provavelmente terá grandes efeitos na sociedade. No momento, a modernização econômica, a queda da taxa de natalidade, a mudança dos papéis sexuais e a mobilidade da população têm levado freqüentemente à ruptura da estrutura familiar ampliada, com um número cada vez maior – e nunca visto até então – de idosos responsáveis pela própria subsistência.

Antropólogos têm apontado que, em todas as culturas, o envelhecimento biológico não é necessariamente igual ao envelhecimento social ou mesmo ao envelhecimento psicológico. Uma idade cronológica particular definida como velhice em uma cultura pode não ser considerada assim em outra. Da mesma forma, o comportamento definido por um grupo como inapropriado para os idosos, como ter relações sexuais ou usar roupas de cores chamativas, pode ser considerado bastante normal em outros. Além disso, a autopercepção e o envelhecimento psicológico freqüentemente são independentes da idade cronológica. Apesar do declínio do físico corporal, a maioria dos idosos mantém dentro de si mesmos um senso do que Kaufman²⁵ denomina “o eu sem idade” (*the ageless self*).

As culturas variam amplamente no *status* que dão aos idosos. Diferentemente das sociedades industrializadas ocidentais – em que a perda da produtividade (e da reprodutividade) com a idade em geral significa uma queda abrupta no *status* social –, o respeito dedicado aos idosos costuma ser muito maior nas sociedades tradicionais, mais rurais. Nas sociedades não-alfabetizadas, em particular, os idosos são os repositórios vivos da história oral e das tradições dos antepassados, bem como de costumes culturais, crenças, mitos e práticas rituais. Sob estas circunstâncias, a morte inesperada de um idoso respeitado é quase equivalente ao efeito de um incêndio de uma biblioteca ou universidade em uma sociedade alfabetizada e mais desenvolvida.

Em geral, a sociedade industrial ocidental moderna, com sua ênfase em juventude, beleza, produtividade, individualismo, autonomia e autocontrole, com freqüência é bastante intolerante com as pessoas idosas. Elas podem ser vistas por alguns como um peso, uma drenagem de recursos, um embaraço ou mesmo como parasitas improdutivos. Como dizem, ironicamente, Loustaunau e Sobo,³³ “Envelhecer é impopular nos Estados Unidos”, assim como em outros países. As sociedades que entraram na era da informação dos computadores, das telecomunicações globais e da inteligência artificial vêm dando uma importância cultural cada vez maior ao cérebro (ver Capítulo 2). Elas valorizam especialmente suas funções cognitivas: raciocínio, memória, cálculo e absorção e retenção de grandes quantidades de dados. Este desvio cultural tende a desvalorizar muitos dos idosos, sobretudo se eles sofrem de alguma forma de perda de memória ou disfunção cognitiva. Este preconceito contra a perda das habilidades cognitivas é visto claramente na presença da doença de Alzheimer ou de outras formas de demência (mesmo que razoavelmente leves). Em uma era na qual o computador (com suas habilidades avançadas de memória, lógica

e cálculo) tornou-se o respeitado “segundo eu”³⁴ de boa parte da população, muitos dos sinais normais de envelhecimento se tornaram patologizados.

Como Desjarlais e colaboradores²⁹ apontam, esta atitude contrasta com a de muitas outras culturas em que a demência não é vista como um problema tão grande de saúde pública. Em vez disso, ela é encarada como uma parte esperada ou ao menos compreensível do envelhecimento. Em muitas sociedades não-ocidentais, como a China, uma certa quantidade de “infantilização” nos muito idosos é vista como uma condição a ser tolerada, e não como algo anormal e que exija tratamento médico. Embora as famílias chinesas geralmente ofereçam muitos cuidados e suporte aos idosos, Desjarlais e colaboradores indicam que o aumento da expectativa de vida (resultando no aumento das incapacidades mentais e físicas) e a escassez de recursos (como asilos para os idosos) estão agora criando um considerável peso emocional e financeiro para muitas famílias chinesas. Eles citam outro estudo da Índia que também sugere que lá a demência senil é menos freqüente ou menos severa, quer devido à menor longevidade ou porque há uma tolerância maior para com idosos demenciados do que no ocidente.

Em seu estudo clássico sobre o envelhecimento na Índia, Cohen³⁵ compara a visão ocidental da demência (especialmente da doença de Alzheimer) – tido como uma “doença cerebral” distinta e séria afetando certos indivíduos – com uma idéia comum entre alguns indianos de que a senilidade não é tanto uma patologia individual, e sim o resultado do declínio da família tradicional sustentadora e ampliada devido à urbanização, modernidade e ocidentalização. Em sua visão, “a Índia moderna gera a senilidade”, pois, “na vida moderna, os idosos são menos respeitados e se tornam senis”. Esta diferença de perspectiva é parcialmente o resultado de diferentes concepções do eu; enquanto os norte-americanos e europeus “agem e experimentam a si mesmos como entidades autônomas e unidas, “eus” altamente individualizados dentro de corpos relativamente separados”, muitos indianos “agem e experimentam a si mesmos principalmente em termos de suas relações com os outros, como “eus” ligados e interdependentes”. Assim, acredita-se que um declínio dos laços de família tenha efeitos negativos sobre a saúde e o bem-estar de todos os seus membros, em especial os idosos.

Ao comparar o envelhecimento transculturalmente, é importante, porém, não romantizar demais o cuidado dos idosos nas sociedades não-industrializadas. Embora os idosos em geral sejam bem cuidados por seus parentes, eles algumas vezes são abandonados ou sofrem abusos. Em algumas sociedades, por exemplo, as mulheres demenciadas correm o ris-

co de ser acusadas de bruxaria e até mesmo de ser condenadas à morte³⁶ (provavelmente uma situação semelhante à que prevalecia na histeria de “caça às bruxas” da Inglaterra dos séculos XVI e XVII).

Assim, há muitas definições culturais diferentes de “envelhecimento bem-sucedido” encontradas nas diversas sociedades em todo o mundo.³⁷ Algumas (sobretudo no mundo ocidental) podem defini-lo principalmente como a capacidade de manter as próprias habilidades cognitivas, a auto-suficiência econômica e a sensação de otimismo, enquanto outras podem vê-lo mais como um acúmulo de sabedoria, serenidade, tolerância e uma compreensão mais profunda da condição humana. Os psiquiatras, além disso, podem ter dificuldade em diagnosticar a demência em uma sociedade culturalmente diversificada devido aos problemas de língua e ao uso de instrumentos diagnósticos e questionários mais adequados para populações ocidentais.³⁸

De modo geral, uma população em envelhecimento representa um desafio crescente ao modelo médico, com sua ênfase atual nos tipos de tratamento de “conserto rápido” e dramático (ver Capítulo 4). Em um mundo onde um número crescente da população estará sofrendo de doenças crônicas (tanto físicas quanto mentais), isso exigirá uma grande mudança no paradigma médico, com um deslocamento do tratamento agudo, mais dramático, em direção ao tratamento a longo prazo, mais holístico: em outras palavras, uma mudança de “curar” para “cuidar”.

A “medicalização” da velhice

As comunidades humanas sempre tentaram encontrar modos de aumentar a expectativa de vida e evitar a morte, incluindo o uso de dietas especiais, medicações, rezas, rituais e várias formas do “elixir da juventude”. No mundo industrializado, porém, a velhice tem se tornado cada vez mais “medicalizada” no último século. Isto é, as alterações físicas e mentais associadas ao envelhecimento passaram a ser vistas principalmente como problemas *médicos*, que podem ser mais bem abordados por médicos em vez de por outros grupos na sociedade. Dentro da medicina, a *gerontologia* – os cuidados médicos das pessoas idosas – é uma profissão relativamente nova que data de 1881, quando o médico francês Jean Martin Charcot publicou suas *Clinical Lectures on the Diseases of Old Age* (Dissertações Clínicas Sobre as Doenças da Velhice).³⁹ Desde então, o envelhecimento cada vez mais tem sido visto como um tipo de doença crônica que não pode ser “curada”, somente aliviada.

Paralelamente a este desenvolvimento, ocorreu o crescimento de uma grande indústria comercial

“antienvelhecimento”, oferecendo ao público uma variedade de produtos, de extratos glandulares e suplementos vitamínicos a dietas especiais e programas de exercício. A medicina também tornou-se parte desse “movimento antienvelhecimento”. Um tipo de ciência médica, a *biogerontologia*, começou a explorar várias formas de “*prolongamento da vida*” e chegou a sugerir a possibilidade de que o envelhecimento físico em si também pode ser “curado”.⁴⁰ Como diz de Grey⁴¹: “Assim como o objetivo da oncologia é derrotar o câncer, o objetivo da biogerontologia é, e deveria ser declarado como, derrotar o envelhecimento”. Um aspecto disso é o processo conhecido como “morbidade comprimida”, que visa “prevenir todas as moléstias crônicas da velhice pela intervenção nos processos moleculares subjacentes”,⁴¹ assim, as pessoas mais velhas permaneceriam mais saudáveis por muito mais anos de sua vida. Diferentes tipos de estudos estão sendo desenvolvidos nesta área,⁴² incluindo a pesquisa sobre o uso da terapia com células-tronco⁴³ e a nanotecnologia. Porém, como a maior parte dessa pesquisa está ocorrendo em países mais ricos e desenvolvidos, ela sugere a possibilidade de uma disparidade ainda maior entre as expectativas de vida dos ricos e dos pobres – entre aqueles que podem pagar para se beneficiar dessas pesquisas (os “ricos de tempo”) e aqueles que não podem (os “pobres de tempo”).⁴⁴ Além disso, como Cetina⁴⁵ aponta, toda essa ênfase em aumentar a longevidade e melhorar a qualidade de vida (“*fortalecimento da vida*”) é grandemente destituída de qualquer noção de melhora moral e dos ideais iluministas da ciência que levam a uma expansão da razão humana e ao aperfeiçoamento da sociedade humana. Do ponto de vista de muitas religiões, nada disso levaria necessariamente ao crescimento da sabedoria espiritual ou da consciência.

Outro aspecto do “fortalecimento da vida” – ao menos, em países desenvolvidos – é o uso crescente de intervenções médicas em pessoas mais velhas, inclusive transplantes e outras cirurgias e diálise renal. Kaufman e colaboradores⁴⁶ descrevem esta tendência crescente na medicina norte-americana em que “o corpo parece aberto à manipulação ilimitada, em qualquer idade, e a ênfase das profissões da saúde é sobre o manejo e a maximização da vida em si”. E mais, “a prática médica nos últimos 15 anos, especialmente, promove a noção de que o envelhecimento não é inevitável (nos Estados Unidos)”. Eles observam que, desde 1972, quando os benefícios do seguro Medicare foram estendidos a todas as pessoas acima de 65 anos com insuficiência renal crônica (IRC), o número de idosos em diálise subiu grandemente, de 16.000 em 1975 para 72.000 em 1995. Em 2001, 20% de todos os pacientes de diálise nos Estados

Unidos tinham mais de 75 anos e 13% tinham mais de 80 anos. Da mesma forma, o número de pessoas acima de 70 anos com DRT que estava recebendo transplantes de rim também havia aumentado muito. Esses transplantes são agora rotina na sétima década de vida e algumas vezes são realizados em pessoas no início da oitava. Muitos desses rins são doados por seus filhos adultos ou outros parentes.

Para a maioria das pessoas no mundo, porém, esses avanços na biogerontologia serão grandemente irrelevantes. Em muitos países mais pobres, a “velhice” é um conceito relativo e a expectativa de vida é de apenas 50 anos ou menos. Para essas pessoas, o “prolongamento da vida” vai significar no mínimo a superação de fatores como pobreza, desnutrição, deficiências de moradia, poluição da água potável e doenças infecciosas como infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), malária ou tuberculose.

ANTROPOLOGIA MÉDICA CLINICAMENTE APLICADA

Dentro da antropologia médica, alguns pesquisadores têm-se concentrado em seus aspectos teóricos, enquanto outros (especialmente aqueles envolvidos em prática clínica, programas de educação em saúde ou ajuda médica internacional) têm enfatizado mais os seus aspectos aplicados em cuidados de saúde e medicina preventiva.

O interesse nesse campo da *antropologia médica clinicamente aplicada* vem crescendo de modo constante nos últimos anos. Os antropólogos médicos estão se envolvendo em vários projetos, em muitas partes do mundo, dirigidos à melhora da saúde e dos cuidados de saúde. Eles têm trabalhado tanto no mundo não-industrializado quanto dentro de cidades e periferias da Europa e da América do Norte.

Muitos deles tornaram-se “antropólogos clínicos”,⁴⁷ intimamente envolvidos no cuidado dos pacientes dentro de contextos hospitalares ou clínicos, frequentemente como membros de uma equipe multidisciplinar de cuidados de saúde. Aqui, seu papel tem sido ou de professores – contribuindo para despertar a consciência de seus colegas sobre a importância dos fatores culturais na saúde e na doença – ou de profissionais de saúde ou terapeutas, com sua própria área específica de experiência.

Alguns ampliaram seu foco para além do cuidado clínico afim de incluir as influências “macro” em saúde. A *antropologia médica crítica* se concentra na desigualdade política e econômica entre, e dentro de, muitas das sociedades no mundo de hoje e especial-

mente na relação íntima entre pobreza e doença.^{48,49} Outros antropólogos têm trabalhado para agências internacionais de ajuda, como a OMS (Organização Mundial de Saúde) ou o UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), lidando com problemas de saúde em várias partes do mundo não-industrializado. Aqui, eles auxiliam no planejamento e na avaliação de diferentes formas de cuidados de saúde e educação em saúde ou atuam como defensores de pacientes particulares ou suas comunidades. Além de monitorar as respostas das várias comunidades aos programas de cuidados em saúde, eles também estudam as próprias agências de ajuda, observando como sua organização e subcultura podem auxiliar ou dificultar o sucesso dos programas.⁵⁰ Tanto no mundo industrializado quanto em outros países, os antropólogos médicos têm estado especialmente envolvidos nas áreas de cuidados primários da saúde, planejamento familiar, saúde materna e infantil, alimentação do lactente, nutrição, doença mental, imunizações, controle do abuso de drogas e alcoolismo e prevenção de AIDS, malária e tuberculose.

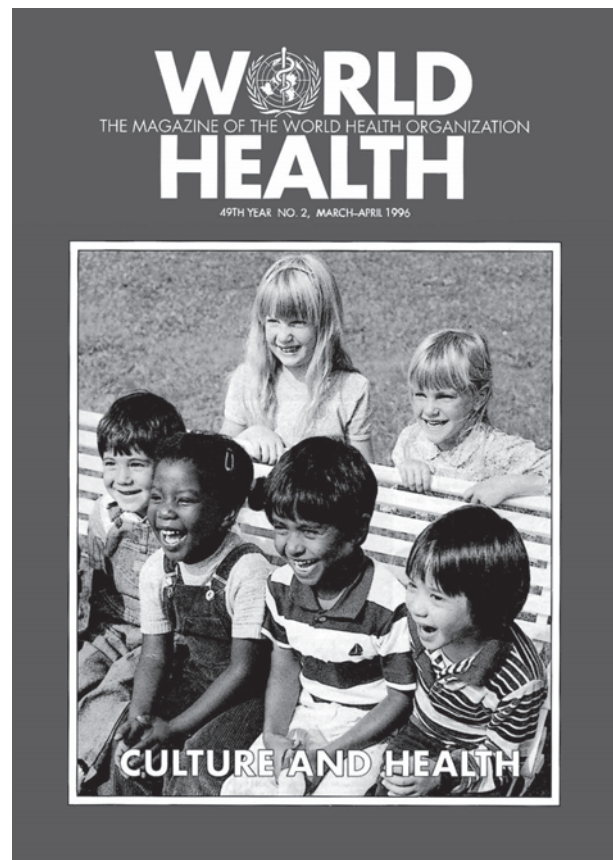


Figura 1.1 Capa do periódico *World Health*, no qual a OMS e UNESCO declaram 1996 como o ano da “Cultura e da Saúde”. (Fonte: Organização Mundial de Saúde, capa, *World Health*, No. 2, March-April 1996.)

A importância dos fatores culturais para muitos aspectos diferentes da saúde internacional foi reconhecida oficialmente em 1996 pela OMS e pela UNESCO, que declararam-no como o Ano da Cultura e da Saúde. Em sua declaração conjunta, os diretores gerais das duas organizações propuseram “caminhos subsequentes para a cooperação, de forma que a saúde e a cultura possam ser sustentadoras, que beneficiará todas as pessoas em todos os países”.⁵¹

Para ilustrar como a antropologia médica pode lidar com um problema de saúde particular em um determinado local do mundo, tomemos o exemplo das doenças diarreicas. De acordo com a OMS,⁵² a alta incidência dessas doenças representa um importante problema de saúde em todo o mundo, sobretudo nos países não-industrializados. Lá, elas geralmente estão associadas com pobreza e desnutrição, saneamento inadequado, contaminação da água potável e vulnerabilidade à infecção dela decorrentes. Essas doenças matam cerca de cinco a sete milhões de pessoas a cada ano. Uma solução a longo prazo para esse problema não está nas mãos dos profissionais de saúde ou cientistas sociais, pois envolve mudanças importantes e abrangentes, econômicas, sociais e políticas tanto dentro desses países quanto em sua relação com o resto do mundo.

Em termos de um tratamento imediato, porém, a terapia de reidratação oral (TRO) fornece um meio seguro, barato e simples de prevenir e tratar a desidratação com risco de vida associada à diarreia, em lactentes e crianças. Apesar disso, as mães em muitas partes do mundo relutam em usar esta forma relativamente simples de tratamento, mesmo quando está a seu alcance e é gratuita. A pesquisa antropológica, como ilustrado no estudo de caso a seguir, constatou que isso se deve parcialmente às crenças nativas sobre as causas e os riscos da doença diarreica e sobre como ela deveria ser mais bem tratada.⁵³

Embora realizado há alguns anos, o caso a seguir e outros estudos semelhantes continuam sendo importantes pontos de referência, pois as doenças diarreicas ainda são a principal causa de mortalidade de crianças no Paquistão, e uma pesquisa nacional mais recente (1991-1992) nesse país mostrou que as crenças locais sobre as doenças diarreicas ainda dissuadiam de modo importante as mulheres de dar a solução de reidratação oral (SRO) para seus filhos.⁵⁵ Embora 91% das mães, no estudo, já tivessem ouvido falar da SRO, somente 34% realmente haviam usado-a durante o último episódio de diarreia de seus filhos e somente 27,5% tinham alguma embalagem de SRO em casa.⁵⁵

O caso a seguir e outros estudos de caso mostram que os programas de cuidados de saúde devem



Estudo de caso:

Terapia de reidratação oral no Paquistão

Um estudo feito pelo casal Mulls⁵⁴ na zona rural do Paquistão, na década de 1980, mostrou desconhecimento ou rejeição generalizados sobre a terapia de reidratação oral (TRO) por parte das mães. Isso ocorria apesar do uso da TRO ser promovido em nível nacional pelo Ministério da Saúde, desde 1983, e de os envelopes de solução de reidratação oral (SRO) estarem disponíveis gratuitamente nos postos de saúde do governo. Além disso, mais de 18 milhões de embalagens de SRO são produzidos anualmente pela indústria farmacêutica do próprio Paquistão. Os pesquisadores constataram que muitas das mães desconheciam a forma como a SRO deveria ser usada e algumas delas viam a diarreia (que era muito comum na área) como uma parte natural e esperada do surgimento dos dentes e do crescimento, e não como uma doença. Algumas acreditavam que era perigoso tentar interromper a diarreia, pois o “calor” aprisionado dentro dela se espalharia para o cérebro e causaria febre. Outras explicavam a diarreia do lactente como o resultado de certas doenças populares (ver Capítulo 5), como *nazar* (mau-olhado), *jinn*s (maus espíritos) ou *sutt* (fontanela afundada ou deprimida, tida como causa de dificuldades na sucção pelo lactente), que deviam ser tratadas com remédios tradicionais ou pelos curandeiros tradicionais sem se recorrer à TRO. Algumas dessas mães não relacionavam a fontanela afundada com a desidratação grave e tentavam levantá-la aplicando substâncias adesivas no alto da cabeça do lactente ou empurrando o palato duro com dedo. Muitas mães no grupo viam a diarreia como uma doença “quente” (ver Capítulo 3), que exigia uma forma “fria” de tratamento, como uma alteração na dieta materna ou o fornecimento de certos alimentos e ervas ao lactente doente para que a sua temperatura voltasse ao normal. Elas classificavam a maioria dos remédios ocidentais, por exemplo, antibióticos e mesmo vitaminas, como também sendo “quentes” e, portanto, inapropriados para a criança diarreica. Algumas ainda rejeitavam a SRO (que contém sal) pois achavam que o sal “não era bom para a diarreia”.

ser planejados não somente para tratar dos aspectos médicos, mas também para envolver a participação da comunidade. Eles devem considerar as necessidades específicas e as circunstâncias das diferentes comunidades, sua base social, cultural e econômica, bem como as crenças das pessoas que vivem nelas sobre sua própria má saúde e como ela deve ser tratada. Esses programas também devem considerar que alterações no conhecimento não necessariamente resultam em alterações no comportamento.

COMPETÊNCIA CULTURAL

Nos últimos anos, o conceito de *competência cultural* tornou-se popular entre os planejadores de saúde

de, bem como entre médicos e enfermeiros, especialmente na América do Norte.⁵⁶ Isso resultou, em boa parte, do aumento da diversidade cultural e étnica da população e da necessidade de melhorar a comunicação com as minorias e os imigrantes, bem como de melhorar a qualidade de seus cuidados médicos.⁵⁷ Como Carillo e colaboradores⁵⁸ observam: “Apesar da grande quantidade de culturas nos Estados Unidos, os médicos são inadequadamente treinados para enfrentar os desafios de fornecer cuidados de qualidade a populações social e culturalmente diversas”.

De acordo com o Office of Minority Health (OMH) do governo dos Estados Unidos, “a competência cultural e lingüística implica uma capacidade dos fornecedores e das organizações de cuidados em saúde de compreender e responder efetivamente às necessidades culturais e lingüísticas, trazidas pelos pacientes às situações de cuidados de saúde”.⁵⁹ Assim, a “competência cultural” tem várias dimensões:

1. Melhorar a *sensibilidade* dos profissionais de saúde às crenças culturais, práticas, expectativas e *origens* de seus pacientes e suas comunidades^{56-58,60} (como as crenças sobre as origens da má saúde, o papel maior da família em tomar decisões relacionadas à saúde ou a preferência que têm algumas pacientes mulheres por serem examinadas somente por um profissional de saúde do sexo feminino).
2. Melhorar o acesso aos cuidados de saúde, eliminando as *barreiras estruturais* aos cuidados de saúde de qualidade para as minorias (fornecendo intérpretes, dietas hospitalares de acordo com crenças religiosas, períodos de espera mais curtos para consultas e materiais de educação em saúde culturalmente apropriados). Também incluídas aqui estão as dificuldades que as minorias encontram em obter consultas médicas regulares ou em ser encaminhadas a um especialista.¹¹
3. Reduzir as *barreiras organizacionais*, como o pequeno número de profissionais de saúde, administradores e elaboradores de políticas selecionados dentre comunidades de minorias, os quais poderiam planejar serviços de saúde mais apropriados culturalmente. De acordo com Betancourt e colaboradores,¹¹ esta falta de diversidade na elaboração das políticas tem levado a “políticas estruturais, procedimentos e sistemas de atendimento inapropriadamente planejados ou inadequados para servir as populações diversificadas”. Eles apontam que, em 1997, somente 11% dos formandos médicos nos Estados Unidos eram de grupos étnicos minoritários.

Outro aspecto da competência cultural é o *consentimento informado* para tratamentos médicos, testes ou pesquisas. Dein e Bhui⁶¹ destacam que a noção

moderna de apresentar informação a um paciente – esperando que ele a compreenda plenamente e então decida por si mesmo se concorda ou não – pode estar em conflito com os valores culturais de alguns grupos étnicos. Indivíduos desses grupos podem recusar-se a assinar um formulário de consentimento informado por serem analfabetos ou por procederem de uma sociedade em que os compromissos verbais são altamente considerados, e os contratos escritos merecem desconfiança. Eles também podem não compartilhar das noções ocidentais de autonomia e individualidade, pelas quais os indivíduos tomam decisões por si mesmos, para si mesmos, e não em nome de um grupo.

Uma série de benefícios, assim, pode surgir do aumento da competência cultural do profissional de saúde. De acordo com Genao e colaboradores,⁶² ela pode melhorar não somente a comunicação médico-paciente, mas também a satisfação do paciente e a adesão (como menos faltas a consultas). Ela também pode ter um impacto positivo no diagnóstico e no tratamento das doenças, bem como uso adequado dos recursos médicos. Além disso, a longo prazo, ela pode reduzir disparidades na saúde entre as minorias e a população majoritária.

Apesar da utilidade óbvia do conceito de competência cultural, é importante notar que ela não é um substituto para *competência clínica*. Ser culturalmente competente não necessariamente significa que se é um bom médico ou enfermeiro. A competência clínica é uma importante habilidade complementar que deve ser adquirida por *todos* os profissionais de saúde, seja qual for o contexto em que trabalhem. Além de lidar com uma população diversificada, essa habilidade é essencial porque as relações entre os profissionais de saúde e seus pacientes – de qualquer origem – muitas vezes podem ser descritas como um “choque de culturas” em si (ver Capítulo 5).

E mais, em uma era de mobilidade global, a competência cultural em geral não é um fenômeno de apenas uma via. Com o aumento do número de profissionais de saúde migrando de um país para outro (ver Capítulo 12), a própria população majoritária pode ter de aprender novas habilidades para se comunicar com profissionais do exterior, cujo domínio da língua local e cultura pode não ser o mesmo que o seu.

De modo geral, a competência cultural nunca é suficiente para lidar com disparidades de saúde dentro de uma sociedade. Como os cuidados de saúde nunca ocorrem em um vácuo, todas as realidades sociais, culturais e econômicas mais amplas da sociedade – como suas relações de poder e desigualdades – sempre precisam ser levadas em conta ao se tentar melhorar os cuidados de saúde para todos os setores

da sociedade. Por fim, como descrito no Capítulo 5, a competência cultural sempre exige *reflexão* por parte dos profissionais de saúde: a capacidade de examinar honestamente sua *própria* “bagagem” cultural, como preconceitos ou crenças particulares que podem interferir com a administração bem-sucedida e humana dos cuidados de saúde.⁶⁰

ANTROPOLOGIA EM ENFERMAGEM

De muitas formas, a antropologia integrou-se melhor à enfermagem do que à medicina, especialmente na América do Norte e na Europa. Os enfermeiros freqüentemente conscientizam-se antes que seus colegas médicos da necessidade de adaptar a prática clínica às realidades de uma sociedade cada vez mais diversificada. Desde a década de 1980, o foco na antropologia e na competência cultural tornou-se uma parte essencial do currículo de muitas escolas de enfermagem. Os trabalhos inovadores de Leininger,⁶³⁻⁶⁵ Papadopoulos e colaboradores,⁶⁶ Purnell,⁶⁷ Andrews e Boyle⁶⁸ e outros foram importantes neste desenvolvimento.

Leininger⁶³ definiu a *enfermagem transcultural* como “uma área formal de estudo e prática concentrada em cultura holística comparativa, no cuidado, nos padrões de saúde e na doença das pessoas, com respeito às diferenças e nas semelhanças em seus valores culturais e às crenças e práticas, com o objetivo de fornecer cuidados de enfermagem culturalmente congruentes, compreensivos e competentes para as pessoas de culturas diferentes”. Já Papadopoulos e colaboradores⁶⁶ a definem como “o estudo e a pesquisa das diversidades e semelhanças culturais na saúde e na doença, bem como de suas estruturas societárias e organizacionais subjacentes, de forma a compreender a prática real e contribuir para seu desenvolvimento futuro de um modo culturalmente responsável”.

Assim, a enfermagem transcultural não visa apenas ao cuidado compreensivo, culturalmente, dos clientes de origens variadas, mas também às estruturas da sociedade que constroem e perpetuam a desigualdade e a dificuldade de acesso aos cuidados de saúde. Ela também pretende capacitar seus clientes e permitir que eles participem nas decisões sobre seus próprios cuidados de saúde. Em seu modelo de enfermagem transcultural, Papadopoulos e colaboradores⁶⁶ também enfatizam a importância, para os enfermeiros, de desenvolver a reflexão e a autoconsciência (incluindo o conhecimento de sua própria “história étnica”), bem como o conhecimento de outras culturas, como um pré-requisito para fornecer cuidados culturalmente compreensivos a seus clientes.

MÉTODOS DE PESQUISA EM ANTROPOLOGIA

Ao estudar as sociedades e os grupos culturais em todo o mundo – incluindo suas crenças e práticas em saúde – os antropólogos têm utilizado duas abordagens principais de pesquisa, ambas exclusivas da antropologia. A abordagem *etnográfica* – também conhecida como “observação participante” – envolve o estudo de sociedades em pequena escala ou grupos relativamente pequenos de pessoas, de modo a compreender como eles vêem o mundo e organizam suas vidas diárias. O objetivo é descobrir, dentro do possível, a “perspectiva do ator”; isto é, ver como o mundo se parece a partir da perspectiva de um membro daquela sociedade. Para descobrir isso, os antropólogos freqüentemente realizam trabalho de campo usando a técnica de “observação participante”. Nesse caso, eles vivem com e observam um grupo de pessoas durante um período de tempo (geralmente um ou mais anos, no mínimo) e aprendem a ver o mundo do ponto de vista dessas pessoas, enquanto ao mesmo tempo eles mantêm a perspectiva objetiva do cientista social. Embora o trabalho dos antropólogos esteja “relacionado com significados em vez de medidas”,⁶⁹ ele freqüentemente envolve também estudos quantitativos, como contar a população, medir sua dieta ou renda, ou listar os moradores dos vários domicílios. A etnografia, então, conduz a um segundo estágio, a abordagem *comparativa*, que visa destilar as características-chave de cada sociedade e cultura e compará-las com outras sociedades e culturas, de modo a tirar conclusões sobre a natureza universal dos seres humanos e seus grupos sociais.

Nos seus primeiros anos, a antropologia preocupava-se principalmente com estudos de sociedades tribais em pequena escala, dentro de ou nas fronteiras dos impérios coloniais. A antropologia moderna, porém, preocupa-se da mesma forma em realizar etnografias nas sociedades ocidentais complexas. A “tribo” de um antropólogo moderno pode facilmente ser uma seita em Nova York, um subúrbio em Londres, um grupo de cirurgiões em Los Angeles ou pacientes de uma clínica em Melbourne. Em todos os casos, tanto a abordagem etnográfica como a comparativa são usadas, além de algumas das técnicas de entrevista e mensuração da sociologia ou psicologia. Cada vez mais, a antropologia moderna utiliza-se de outros campos de estudo, como da história, da crítica literária, da semiótica, dos estudos culturais e da genética.

Como detalhado adiante neste livro, a amplitude das técnicas de pesquisa disponíveis à antropologia tem aumentado de forma constante. Além da “observação participante” a longo prazo, as técnicas agora freqüentemente incluem o uso de questionários aber-

tos, registros em vídeo ou fita, análises computadorizadas, fotografias aéreas, compilação de histórias familiares e análise de genealogias, coleção de narrativas individuais e exame de materiais escritos ou impressos, como diários, cartas, fotografias de família, artigos de jornal, mapas, relatórios de censo e arquivos históricos locais.

Mais recentemente, para atender as necessidades crescentes dos programas de ajuda internacional, várias técnicas de “avaliação etnográfica rápida” foram desenvolvidas.⁷⁰ Estas geralmente envolvem um período curto e intensivo de pesquisa por uma equipe de antropólogos e seus assistentes e podem durar de diversas semanas a vários meses. Elas tendem a se concentrar em um problema particular (como uma alta taxa de doenças diarreicas) em uma dada comunidade ou região. Usados em conjunto com o trabalho de campo por períodos maiores, os dados desses estudos podem ser muito úteis no planejamento e na avaliação dos programas de ajuda internacional.

Muitos dos novos métodos de pesquisa agora disponíveis à antropologia médica são descritos em mais detalhes no Capítulo 19.

Este livro foi escrito por um antropólogo médico que, além disso, também é um clínico. Sendo assim, sua abordagem geral origina-se sobretudo do campo crescente da *antropologia médica clinicamente aplicada*, já descrita de forma concisa. Muitos exemplos de sua aplicação às situações da vida real, especialmente em relação aos aspectos de saúde contemporâneos de importância global, são descritos em cada um dos seus capítulos. De modo geral, o objetivo do livro é demonstrar o significado clínico dos fatores culturais e sociais na doença e na saúde, na medicina preventiva e na educação em saúde, bem como na administração real de cuidados de saúde.

REFERÊNCIAS-CHAVE

- 5 Hall, E. T. (1984). *The Dance of Life*. Surbiton: Anchor Press, pp. 230-31.
- 10 Charlesworth, S.J., Gilfillan, P. and Wilkinson, R. (2004) Living inferiority. *Br. Med. Bull.* 69, 49-60.
- 11 Betancourt, J.R., Green, A.R., Carillo, J.E. and Ananeh-Firempong, O. (2003) Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Publ. Health Rep.* 118, 293-302.
- 17 Marmot, M. (2004) *Status Syndrome*. London: Bloomsbury, pp. 1-36.
- 26 James, A., Jenks, C. and Prout, A. (1998). *Theorizing Childhood*. Cambridge: Polity Press, pp. 22-34.
- 35 Cohen, L. (1998) *No Aging in India*. Berkeley: University of California Press, pp. 15-20, 32-34.
- 38 Livingston, G. and Sembhi, S. (2003) Mental health of the ageing immigrant population. *Adv. Psychiatr. Treat.* 9, 31-37.
- 46 Kaufman, S., Shim, J.K. and Russ, A.J. (2004) Revisiting the biomedicalization of aging: Clinical trends and ethical challenges. *Gerontologist* 44(6), 731-738.
- 47 Johnson, T. M. (1987). Practising medical anthropology: clinical strategies for work in hospital. In: *Applied Anthropology in America* (Eddy, E. and Partridge W., eds), 2nd edn. New York: Columbia University Press, pp. 316-39.
- 49 Baer, H. A., Singer, M. and Susser, I. (1997). *Medical Anthropology and the World System*, 2nd edn. Westport: Praeger.
- 53 Weiss, M. G. (1988). Cultural models of diarrhoeal illness: conceptual framework and review. *Soc. Sci. Med.* 27, 5-16.
- 56 Like, R. c., Steiner, R. P. and Rubel, A.J (1996). Recommended core curriculum guidelines on culturally sensitive and competent health care. *Fam. Med.* 28 (4), 291-297.

LEITURA RECOMENDADA

Antropologia médica

- Anderson, R. (1996) *Magic, Science and Health*. London: Harcourt Brace.
- Foster, G. M. and Anderson, B. G. (1978). *Medical Anthropology*. Chichester: Wiley.
- Hahn, R. A. (1995). *Sickness and Healing: an Anthropological Perspective*. New Haven: Yale University Press.
- Sargent, C. F. and Johnson T.M. (eds) (1996). *Medical Anthropology*. Westport: Praeger.
- Kleinman, A. (1981) *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press.
- Landy, D. (ed.) (1977) *Culture, Disease and Healing*. Basingstoke: Macmillan.
- Lupton, D. (1994) *Medicine as Culture*. London: Sage.

Antropologia em enfermagem

- Andrews, M. and Boyle, J. (2003) *Transcultural Concepts in Nursing Care*, 4th edn. Philadelphia: Lippincott.
- Leininger, M. (2005) *Cultural Care Diversity and Universality: a Worldwide Nursing Theory*. Boston: Jones and Bartlett.
- Papadopoulos, L. (ed) (2006) *Transcultural health and social care: developing culturally competent professionals*. London: Elsevier.

Antropologia social e cultural

- Keesing, R.M. and Strathern, A.J. (1998). *Cultural Anthropology: A Contemporary Perspective*, 3rd edn. London: Harcourt Brace.
- Peacock, J.L. (2001). *The Anthropological Lens*, 2nd edn. Cambridge: Cambridge University Press.