

# CONTRIBUIÇÕES ANTROPOLÓGICAS PARA A FORMAÇÃO MÉDICA<sup>1</sup>

*Data de submissão: 16/06/2023*

*Data de aceite: 01/08/2023*

**Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima**

Universidade do Vale do Itajaí, Programa  
de Mestrado em Saúde e Gestão do  
Trabalho  
Itajaí, SC  
<http://lattes.cnpq.br/5256945243349535>

**PALAVRAS-CHAVE:** Antropologia médica;  
formação médica; atenção primária à saúde.

### ANTHROPOLOGICAL CONTRIBUTIONS TO MEDICAL TRAINING

**RESUMO:** Esta revisão bibliográfica sobre antropologia médica teve por objetivo garimpar o modo como este campo teórico-conceitual se desenvolveu, em um recorte temporal do século XX, a partir de alguns de seus principais arquitetos. Teve como ponto de partida a necessidade de produzir um material sobre o tema para fundamentar as nossas atividades docentes em um curso de graduação em medicina e em um mestrado profissional que habitualmente recebe médicos interessados em pesquisas em busca de soluções para problemas enfrentados em suas atividades profissionais. Integra a base teórico-conceitual do Práxis – Grupo de Pesquisa em Produção Interdisciplinar de Conhecimento e Tecnologias na Perspectiva Crítico-Social.

**ABSTRACT:** This bibliographical review on medical anthropology aimed to mine the way in which this theoretical-conceptual field developed, in a temporal cut of the 20th century, from some of its main architects. It had as a starting point the need to produce material on the subject to support our teaching activities in an undergraduate course in medicine and in a professional master's degree that usually receives doctors interested in research in search of solutions to problems faced in their professional activities. . It integrates the theoretical-conceptual base of Praxis – Research Group on Interdisciplinary Production of Knowledge and Technologies in the Critical-Social Perspective.

**KEYWORDS:** medical anthropology;  
medical training; primary health care.

1. Está vinculado à Linha de Pesquisa Educação na Saúde e Gestão do Trabalho na Perspectiva Interdisciplinar do Programa de Pós-Graduação – Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho.

## 1 | INTRODUÇÃO

O encontro com o horizonte compreensivo da antropologia foi um dos momentos mais férteis da nossa travessia acadêmica.

Em nível pessoal, tocou-nos fundo, ao sacudir as nossas lentes sociais reducionistas e descortinar lacunas do nosso universo sensível. Aquilo que representava academicamente a busca necessária por um saber, acabou seduzindo-nos para transformar o nosso modo de pensar, compreender, significar e admirar a relação do eu com o mundo.

Em nível acadêmico, o encontro foi de natureza pedagógica, uma vez que nos oportunizou a incorporação de novos matizes epistemológicos, por meio dos quais reconhecemos a complexidade da interpretação da condição humana pelas ciências da saúde e intensificamos a nossa resistência ao (não) lugar da experiência de sofrimento na atenção médica da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde.

Um dos matizes epistemológicos mais instigantes, advindos pelo encontro com este referencial, foi a apreensão de que a antropologia tem um papel crucial na elaboração de estratégias de análise das dimensões culturais, sociais e políticas da experiência com sofrimento e/ou com doenças, constituindo-se em um conhecimento absolutamente fundamental à clínica da APS. Esse matiz gerou uma forma importante de encorajamento, na medida em que nós, contra hegemônicos das ciências da saúde, apregoamos a necessidade de superação do modelo biomédico, ao defendermos o social, o cultural e o político na determinação e resolução da doença, mas não sabemos conduzir essa defesa nas relações hegemônicas pela racionalidade biomédica e sociedade moderna, porque dialeticamente o nosso horizonte intelectual é biomédico-social-dependente. Esperamos tocar graduandos e mestrands da mesma forma que nos encantamos com esse saber do mundo sensível – antropológico.

## 2 | O PASSEIO PELO TEMA, 1920-1980

No desenvolvimento de nossa pesquisa de mestrado, cujo objeto antecipava uma dimensão da proposta de doutorado, não priorizamos a antropologia, mas a sociologia da saúde, especificamente as bases históricas e sociopolíticas da medicina de família e da autonomia da pessoa em seu processo de cuidado.

A pesquisa de doutoramento, entretanto, exigindo a apreensão de referenciais antropológicos, mobilizou-nos para cursar a disciplina Antropologia da Saúde, no Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas, da Universidade Federal de Santa Catarina.

Desde o início, o fluxo do pensamento foi dirigido para a diversidade do campo antropologia e sobre as inúmeras vertentes teóricas concebidas em distintos momentos históricos e em distintos continentes e/ou países de origem dos pesquisadores.

Na disciplina nos foi apresentada uma perspectiva da história da antropologia médica. De acordo com análises históricas de Esther Jean Langdon, coordenadora, a antropologia vem buscando compreender a relação entre saúde e cultura, desde a década de 1920. Três nomes se destacam, como pioneiros na análise dessa relação: Rivers (W.H.R), Clements (F.E.) Ackerknecht (E.) (LANGDON, 1996).

William Halse Rivers Rivers, médico e antropólogo inglês (1864-1922), foi quem apresentou o método genealógico da investigação antropológica à comunidade científica (MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2011) e inseriu a medicina como categoria de pesquisa em culturas não europeias (LANGDON, 1996). Por meio de estudos comparados sobre sistemas médicos indígenas, desenvolvidos desde o início do século XX, ele desenvolveu a noção de que é possível distinguir em todos os povos indígenas um sistema médico. Em seu clássico *“Medicine, magic and religion”*, editado em 1924, postumamente, Rivers aponta para a existência de três grandes sistemas terapêuticos no mundo, sobre a etiologia e tratamento das enfermidades: o mágico, o religioso e o naturalista (MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2011). Nesta obra, ele argumenta que as crenças de povos primitivos sobre saúde são dotadas de “uma lógica interna”, sendo, portanto, expressão de racionalidade (PEREIRA, 2015, p. 28).

Seis anos antes da publicação de *“Medicine, magic and religion”*, Rivers havia realizado um estudo de etnomedicina, com pacientes com histórico de experiência de guerra, atendidos em hospitais ingleses. Publicado no *The Lancet*, em 1918, sob o título *The Repression of War Experience*, o estudo do médico-antropólogo sinalizou que a repressão, enquanto uma nova modalidade de sofrimento mental para a época, estava intimamente ligada à patologia e ao tratamento de neuroses de guerra. Na análise singular de pacientes, ele reconheceu que a repressão de fatos dolorosos vivenciados na guerra se fazia presente em todos os casos analisados, e que seus efeitos se traduziam na manutenção de pensamentos dolorosos em um formato de violenta pressão mental ao longo do dia, cuja energia produzida acumulava-se durante a noite, ou se traduziam em sonhos. Essa repressão era praticada deliberadamente “como um curso definitivo de tratamento”, e em quase todos os casos ela era adotada por aconselhamento de médicos. Os pacientes eram por estes instruídos para “empurrar certas memórias ou pensamentos desagradáveis de suas mentes” ou instruídos para ocupar a mente incessantemente ao longo do dia para que esses pensamentos não viessem à tona (RIVERS, 1918, p. 176).

Forrest E. Clements (1900-1970), etnólogo e arqueólogo estadunidense, em seu clássico *“Primitive Concepts of Disease”* (1932), debruçou-se sobre a compreensão de povos primitivos a respeito da etiologia de doenças e métodos terapêuticos por eles creditados (LANGDON, 1996).

Objetivando construir “um esquema de classificação para as concepções de doenças [desses povos], obter a distribuição geográfica das concepções classificadas, e elaborar algumas conclusões quanto à antiguidade, origem provável e conexões históricas

relativas a tais concepções”, Clements realizou uma ampla revisão bibliográfica por meio da qual reconheceu um aspecto semelhante entre as concepções de doenças dos povos de todo o mundo: “a doença nunca é considerada como uma coisa normal, mas sempre como anormal, embora sua etiologia possa ser natural”. Afora essa semelhança, o autor identificou três categorias explicativas para a etiologia e a gênese das doenças, presentes tanto em povos civilizados como em primitivos, embora a primeira seja de longe a que mais se destaca em povos civilizados da Europa e da América: “causas naturais” (abarcando a teoria médica moderna e todas as lesões dela decorrentes); “a agência humana” (doença como produto da ação maléfica de algum ser humano, incluindo a feitiçaria em todas as suas fases); e “a agência sobrenatural” (doença como resultante da ação de fatores sobrenaturais) (CLEMENTS, 1932, p. 186).

Sobre as crenças atribuídas por primitivos à etiologia das doenças, o etnólogo as classificou em cinco tipos: bruxaria; intrusão de um objeto; transgressão de um tabu; intrusão de um espírito; e perda da alma. Esses tipos de crenças foram encontrados principalmente do oeste da América do Norte e da Austrália, todos historicamente conectados e provavelmente remontando a uma origem paleolítica do Velho Mundo (CLEMENTS, 1932, p. 202-225).

Erwin Ackerknecht (1906-1988), médico, sociólogo e antropólogo de origem alemã (ACKERKNECHT, 1971) é considerado o fundador da antropologia médica nos Estados Unidos (LANGDON, 1996).

De convicto marxista, sempre preocupado com questões antropomédicas em sua graduação em medicina na Alemanha (anos 1920-1930), Ackerknecht derivou para a sociologia e antropologia francesas (1933-1941), sendo influenciado Levy-Bruhl (da Escola de Durkheim) e Marcel Mauss (sociólogo e antropólogo). Em 1941, transferiu-se para os Estados Unidos, para trabalhar na John Hopkins, inicialmente como antropólogo, onde foi membro da equipe de Henry Sigerist, juntamente com o colega Owsei Temkin. Lá ficou até 1945, quando se mudou para Nova York para se dedicar à história da medicina, por dois anos. Em 1947 transferiu-se novamente, agora para Madison (Wisconsin), onde concluiu seus trabalhos antropológicos, exceto “*The social role of primitive medicine*”, escrito depois, em 1956. Em seu período estadunidense foi influenciado pessoal e teoricamente por Ruth Benedict “quem me liberou da obsessão evolucionista” (ACKERKNECHT, 1971, p. 10-14).

A sua obra “*Medicina e Ethnology: ensaios selecionados*”, editada em 1971, traz uma entrevista, realizada por Walser e Koebing, e vários artigos etnológicos concluídos em finais dos anos 1940. Na entrevista, ele comenta que com esse livro ele intencionava somente “uma clarificação da natureza da medicina primitiva e nada mais” e que os ensaios selecionados apresentavam “pontos de vista mais ou menos originais”, sendo frutos de estudos em que ele não havia levado em conta as duas subdivisões da recente disciplina, estruturada nas últimas décadas nos Estados Unidos: “antropologia médica aplicada e a ecologia (epidemiologia) aplicada à análise da medicina primitiva”. Ele comenta, ainda,

que havia dedicado quatro décadas em busca de “alguma orientação básica sobre o funcionamento da sociedade ou do homem na sociedade”, por meio de estudos etnomédicos sobre a natureza da medicina primitiva:

E eu pensei que se você estudasse a sociedade primitiva, tão completamente diferente da nossa, você não teria os preconceitos que você tem em relação à sua própria sociedade. Infelizmente, nunca encontrei a ideia básica que estava procurando. Mas com esses trabalhos me tornei cientista e obtive um conjunto de resultados detalhados (ACKERKNECHT, 1971, p. 13).

Na entrevista e no primeiro capítulo do livro, intitulado *Primitive medicine: typical aspects* (cujo conteúdo já havia sido publicado originalmente, em parte, em 1945), Ackerknecht (1971, p. 9-30) apresentou vários enfoques:

- Sobre o modo de conceber o objeto: a medicina primitiva deve ser estudada não como um embrião, uma “fase preliminar” da medicina moderna, mas como “uma unidade em si mesma”;
- Sobre aproximações e distanciamentos entre a medicina primitiva e a medicina moderna: “a medicina primitiva é “basicamente mágica e possuem alguns elementos racionais” e a medicina moderna é “fundamentalmente científica e contém alguns elementos mágicos”;
- Sobre o aspecto social na definição de enfermidade pela medicina primitiva: “a medicina primitiva aparece muito mais claramente como uma função da cultura do que uma função da biologia”, pois, para que um indivíduo esteja enfermo não basta argumentar que ele tem uma mudança biológica, por exemplo, uma dada infecção: é necessário que a sociedade, a partir da mudança biológica, decida que ele está com enfermidade, ou seja, que “a sociedade o sancione como tal”. Logo, o conceito de enfermidade também é “função da cultura”. No estudo desenvolvido com a sociedade primitiva do Alto Mississipi, Ackerknecht observou que esta sociedade costumava dizer: “Oh!, esse homem não está enfermo, ele só tem malária”.
- Sobre o tipo de sanção mais valorizada: em muitas sociedades primitivas, a sanção mais importante é de âmbito moral: “Vá em paz, paga as tuas dívidas, abstenha-se de adultérios e assim te protegerás a ti e a tua família de enfermidade”;
- Sobre o controle social da medicina primitiva: em decorrência de serem sanções sociais, a medicina e o conceito de enfermidade exercem o controle social nas sociedades primitivas. Preservam-nas por meio dessa operação. Este controle é traduzido, por exemplo, quando o primitivo se torna enfermo: a primeira coisa que ele se pergunta é “em que ele violou as regras sociais do seu grupo”, uma vez que ele aprendeu, com o modelo de sua sociedade, que a enfermidade é o castigo a ele imputado pelo sobrenatural; e essa lógica interna, advinda das bases de premissas empíricas, preserva a ordem social. Cada sociedade primitiva tem seu modelo explicativo sobre esse componente racional, advindo do mundo empírico;

- Sobre o aspecto psicológico e psicopatológico na cultura primitiva: embora a sociedade ocidental tenha aprendido bastante com os estudos de Pavlov, Cannon e Freud, “sobre a importância de certos estímulos mentais para a coordenação do organismo em sua totalidade e sobre a importância das consequências fisiológicas catastróficas geradas pelo temor consciente e inconsciente” (lembrando que duas guerras haviam gerado inúmeras experiências práticas indesejáveis), é fato que a sociedade primitiva começou a compreender os problemas psicológicos e sociais muito antes de a sociedade ocidental compreendê-los cientificamente. A “sugestão” e a “confissão”, por exemplo, elementos eficazes da terapêutica primitiva (nomeados psicoterapêuticos, por Ackerknecht) são usados conscientemente e em grande medida pela medicina ocidental, mesmo após o surgimento das racionalizações da moderna psicoterapia.

Na visão de Langdon (1996), esses três protagonistas da antropologia médica – Rivers, Clements e Ackerknecht – não realizaram estudos de interesse da biomedicina, mas estudos que reconheceram uma multiplicidade de medicinas primitivas, cada uma vinculada à sua cultura particular. Considerados pioneiros na definição de estudo etnomédico como objeto de pesquisas antropológicas, eles comungavam da compreensão de que o sistema de medicina de uma dada cultura deve ser examinado de modo contextualizado e compreendiam cultura como um sistema estático e regular em que todos os modos de pensar e de agir são similares (LANGDON, 1996).

Ainda nos anos 1930 e 1940, ao contrário de pesquisas teóricas culturalmente sensíveis, como as aspiradas e executadas por Rivers, Clements e Ackerknecht, foram realizados também estudos de orientação mais pragmática, por alguns antropólogos que participavam de pesquisas em comitês internacionais, na qualidade de assessores de programas de interesse da biomedicina, especialmente, de nutrição e saúde pública. Protagonizaram esse movimento, entre outros, Ruth Benedict e Margareth Mead. Ambas as antropólogas pertenciam ao *Committee on Food Habits* dos EUA, sendo que Mead chegou a ser presidente desse organismo internacional. Vale citar que elas protagonizaram uma linha intelectual que também contribuiu para o desenvolvimento da antropologia médica, nos anos 1940: a Escola de Cultura e Personalidade (MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2011). Essa linha antropológica não foi objeto desta revisão.

George M. Foster (1913-2006), antropólogo estadunidense da Universidade da Califórnia, comenta em seu artigo *Relationships Between Theoretical and Applied Anthropology: a Public Health Program Analysis*, publicado em 1952, que o movimento antropológico de orientação mais pragmática começou a se intensificar em função do interesse de agências bilaterais pela aplicação da antropologia em determinados programas de saúde pública, desenvolvidos “particularmente em centros de saúde” latino-americanos. Na sua visão, entretanto, grande parte dos antropólogos americanos tinham sentimentos ambivalentes com relação à antropologia aplicada. A um só tempo, havia o sentimento de

que o antropólogo “deve desempenhar um papel mais positivo no cenário contemporâneo” e uma “evidente relutância em enfrentar o desafio, por medo de que a integridade científica seja comprometida” (FOSTER, 1952, p. 6).

O trabalho de campo do estudo apresentado por Foster (1952) foi viabilizado pelas seguintes circunstâncias: a) membros do Instituto de Antropologia Social<sup>2</sup> residiam na América Latina (Colômbia, Equador, Chile, Peru, Brasil, México e El Salvador); b) para esses antropólogos, havia nos países latino-americanos “padrões de cultura significativos comuns que, se isolados, poderiam ser úteis ao planejamento e execução de programas de assistência técnica”; e c) havia programas de assistência técnica nas áreas saúde pública, educação e agricultura, desenvolvidos por agências bilaterais, desde a Segunda Guerra Mundial (FOSTER, 1952, p. 6).

O contexto mundial da Segunda Guerra havia levado o governo dos Estados Unidos a estabelecer agências bilaterais, por meio de 18 convênios firmados entre o Instituto de Assuntos Interamericanos (IAIA) e governos latino-americanos com a finalidade de conduzir “programas de saúde, nutrição e saneamento em áreas onde eram instaladas bases militares norte-americanas e em regiões produtoras de matérias-primas estratégicas para a indústria bélica daquele país” (FIGUEREDO, 2007, p. 1429).

O objetivo primeiro do IAIA era “prover ajuda técnico-profissional e serviço no campo da saúde pública na América Latina”. Já os objetivos dos programas voltavam-se para o desenvolvimento de ações do âmbito da “medicina preventiva, controle de doenças específicas (malária, boubá, doenças venéreas, tuberculose e outras), saneamento ambiental e educação em saúde” (FOSTER, 1952, p. 6) e para o fornecimento de “assistência médica a soldados e trabalhadores envolvidos nas atividades de extração de borracha e minérios”. A execução dos programas foi implementada por meio de unidades operacionais, após a assinatura dos convênios, conhecidas em 17 dos países como *Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública* (SCISP), e no Brasil por Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) (FIGUEREDO, 2007, p. 1429).

Em interlocução com os dezessete SCIPS’s latino-americanos, os antropólogos executaram as pesquisas de campo apresentadas no artigo de Foster (1952), cujo problema comum havia sido estabelecido nos seguintes marcos: como o axioma antropológico – “para trabalhar com um povo é essencial entender sua cultura” – poderia ser traduzido em termos significativos para os administradores do IAIA. Duas condições deveriam ser cumpridas: (1) os resultados deveriam ser descritos de modo compreensível aos administradores do IAIA, para que pudessem ser aplicados imediatamente a programas existentes e futuros; (2) as contribuições deveriam ser feitas à teoria antropológica básica, dentro ou fora do contexto aplicado, no sentido de testar premissas ou hipóteses (FOSTER, 1952, p. 6).

---

2. *Institute for Social Anthropology (ISA)* havia sido criado pelo antropólogo Julian Stewart, em 1942, como parte da política de relações culturais entre o governo dos Estados Unidos e América Latina, cujo financiamento estava sob alçada do Departamento de Estado (FOSTER, 1982, p. 191).

As experiências latino-americanas sinalizaram que muitos tipos de estudos aplicados podem ser realizados em muito menos tempo do que tradicionalmente, desde que a pesquisa seja feita em uma área submetida a um trabalho preliminar e desde que este trabalho preliminar seja do tipo generalizado e totalmente inclusivo. Contudo, Foster assinala que isto não implica que toda antropologia aplicada será de “natureza pontual” (FOSTER, 1952, p. 16).

Em *Medical Anthropology: Some Contrasts with Medical Sociology* (FOSTER, 1974, p. 2), ensaio publicado quase 20 anos depois, Foster narra que muitos antropólogos foram capazes de contribuir com insights sobre a razão de muitos programas de saúde pública não alcançarem o sucesso esperado e de sugerir caminhos para aprimorá-los, o que acabou lhes favorecendo uma acolhida de “braços abertos” por parte da saúde pública internacional. Essa receptividade abriu caminhos para a antropologia aplicada apresentar a “utilidade prática” de seu conhecimento bem como seu método de pesquisa. Foster comenta, ainda, que a abordagem antropológica foi também aceita pela saúde pública porque ela não representava uma ameaça, pois o pessoal da saúde pública a via “como uma abordagem de salvaguarda”, isto é, uma abordagem voltada para a definição de “problemas de resistência à mudança como se [os antropólogos] fossem parte dos povos receptores”.

O primeiro antropólogo contratado pelo IAIA foi para o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP): Charles Wagley (1913-1992). De origem texana, Wagley já morava no Brasil desde o início da guerra; sua vinda ao país havia sido oportunizada por uma bolsa da fundação Rockefeller, concedida por meio de um convênio firmado entre a fundação e o Museu Nacional. Em terras brasileiras, ele desenvolveu estudos entre os índios Tapirapé e Tenetehara e trabalhos de iniciação científica com estudantes do Museu. Durante todo o período da guerra ele esteve afiliado ao SESP (FIGUEREDO 2004 apud FIGUEREDO, 2014, p.1433), e representava a educação sanitária defendida pelo IAIA (FIGUEREDO, 2014).

Em seu livro “Uma comunidade amazônica”, escrito em 1953, baseado em dados coletados entre junho e setembro de 1948, Charles Wagley relata que a região amazônica era “uma área atrasada e subdesenvolvida [cujas] razões têm que ser buscadas na cultura e na sociedade amazônica e nas relações dessa região com os centros do poder econômico e político e com as origens da difusão cultural”. Sobre a condição de vida de seu povo, 60% eram analfabetos, e os índices de mortalidade infantil, por exemplo, em Belém e em Manaus, em 1941, eram respectivamente 189/1.000 e 303/1.000; tuberculose, tifo e malária eram doenças prevalentes (WAGLEY, 1977, p. 36).

Charles Wagley é bastante conhecido na história do SESP por, entre outros, ter sido um dos responsáveis pelo projeto de exibição do filme *Malária*, na região Amazônica, por meio da técnica *slide sounds*: utilizando-se de “um gerador e de uma vitrola, cenas são projetadas na tela de lençol improvisada na parede do barracão, e as pessoas assistem à



história da família do filme *Malária*, acompanhando a voz do narrador que ensina como é transmitida a doença” (FIGUEREDO, 2014, p. 1418). Um educador sanitário, para o qual:

O conhecimento do modo de vida do homem da Amazônia fornecerá os indícios do que deverá ser modificado para que possam ser melhorados os padrões de vida. Esse conhecimento nos permitirá prever algumas reações que não poderão deixar de provocar a introdução de novos elementos na cultura amazônica. O ideal que consiste em ‘fazer com que os benefícios oriundos de nossas conquistas científicas e de nosso progresso industrial concorram para o progresso e o crescimento das áreas subdesenvolvidas’ requer uma reforma cultural. Não é um processo simplista de enviar técnicos especializados para essas áreas, de realizar inquéritos e estudos para apurar os recursos econômicos básicos das mesmas, ou mesmo de enviar trabalhadores, engenheiros, administradores e outros especialistas para estudar nos Estados Unidos e lá adquirirem a experiência acumulada por aquele país – embora todos esses esforços sejam proveitosos. O que a tarefa requer é a modificação de uma cultura – de um modo de vida – e o reajustamento das relações de um povo com o ambiente que o cerca” (WAGLEY, 1977, p. 36).

Dois estudos, publicados em 1955, intensificaram o movimento em prol da antropologia aplicada: *Programas de salud en la situación intercultural*, de Gonzalo Aguirre Beltrán, e *Health, Culture and Community: Case Studies of Public Reactions to Health Programs*, de Benjamin David Paul (MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2011).

O contexto em que se maximizou essa abordagem antropológica era o de desenvolvimento de programas de redução de morbidade e mortalidade em países pobres, patrocinados por fundações, por exemplo, a fundação Rockefeller. Como os programas previam o estabelecimento da meta de implantação de programas de vacinação, tornava-se importante traduzir previamente o conjunto de valores e práticas indígenas locais, o que acabou favorecendo a inserção de antropólogos nos trabalhos internacionais como “agentes de desenvolvimento” (MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2011, p. 30).

Gonzalo Aguirre Beltrán (1908-1996), antropólogo mexicano, foi um dos professores a compor o quadro docente da Escola do Instituto Nacional Indigenista (INI), criada pelo governo mexicano, em 1948. O Instituto, na representação de centros coordenadores em todo o país, converteu-se “em uma das mais importantes promotoras e receptoras de etnólogos e antropólogos sociais formados na então Escola Nacional de Antropologia e História” (VALENCIA, 1982, p. 11), onde o antropólogo também atuava (CAMPOS-NAVARRO, 2010). O INI foi criado em uma conjuntura de alinhamento entre os programas para o desenvolvimento, fomentados por agências internacionais, e os programas mexicanos de desenvolvimento regional. Aguirre-Beltrán ganhou expressão nacional por ter protagonizado a aplicação da antropologia ‘à educação sanitária indígena’ (MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2011, p. 31), e tornou-se o intelectual indigenista mais reconhecido do relativismo cultural no México (CAMPOS-NAVARRO, 2010, p. 115).

Em *Programas de salud en la situación intercultural*, publicado em 1955, Aguirres-Beltrán analisou a questão da resistência a vacinações, objeto de estudos mexicanos anteriores, baseando-se em experiências de diferentes grupos indígenas. Nessa análise, ele conferiu a falta de aceitação dos conceitos e práticas da medicina científica à existência de conceitos e práticas da medicina tradicional. Com relação à falta de aceitação da medicina preventiva, ele destacou, ainda, o papel desempenhado pelo modo desdenhoso e inflexível com que médicos e enfermeiros tratavam as crenças e padrões de práticas dos grupos indígenas, inviabilizando a aceitação da medicina moderna (leia-se educação sanitária) (NIGENDA-LOPEZ; OROZCO; LEYVA, 1997, p. 316).

Benjamin David Paul (1911-2005), antropólogo estadunidense, também alinhado à antropologia aplicada, foi docente na Universidade de Harvard, no período 1946-1963. Transferindo-se em 1963 para o Departamento de Antropologia da Faculdade de Stanford, e lá permanecendo até 1976, Paul foi responsável pela inserção das ciências comportamentais no ensino e na pesquisa em medicina (CASTRO, FARMER 2005 apud NUNES, 2014; TREI, 2005).

Ao lermos o prefácio da obra *Health, Culture and Community: Case Studies of Public Reactions to Health Programs*, editada por Paul, em 1955, já ousamos antecipar o tipo de abordagem que estaria ancorando a relação entre saúde, cultura e comunidade, nos estudos de caso apresentados, uma vez que seu autor, Hugh R. Leavell (1990-1970), representa exatamente a corrente de pensamento e práticas que negamos, por defender um modelo explicativo de saúde não a partir da determinação social, mas da história natural da doença, conhecido por modelo ecológico. Hugh R. Leavell, então professor de saúde pública da Universidade de Harvard, em parceria com Edwin G. Clark, professor de epidemiologia da Escola de Saúde Pública e Medicina Administrativa da Faculdade de Medicina da Universidade de Columbia, lançariam, em 1958, três anos depois de editada a obra de Benjamin Paul, o livro *Preventive Medicine for the Doctor in His Community an Epidemiologic Approach* (LEAVELL, CLARK, 1958). O livro pré-anunciava os argumentos que estariam compondo o clássico *Preventive Medicine*, editado em 1965 (LEAVELL, CLARK, 1965), em que o modelo ecológico é exaustivamente defendido, modelo este que hegemonizar-se-ia no seio do modelo biomédico de atenção, em curso desde 1910 nos Estados Unidos.

Na introdução de *Health, Culture and Community*, intitulada “*Understanding the Community*”, Paul comenta que os dezesseis estudos de caso que compõem a obra foram agrupados em seis categorias, embora alguns destes pudessem se ajustar igualmente bem em várias categorias, em função de suas múltiplas implicações, a saber: a) reeducando a comunidade; b) reação à crise; c) padrões sexuais e problemas populacionais; d) efeitos da segmentação social; e) dispositivos organizacionais (equipe de saúde pública, conselho comunitário, cooperativa de saúde); e f) combinando serviço e pesquisa (PAUL, 1955).

Ainda na introdução, o antropólogo faz a defesa do paradigma ecológico de

Leavell e Clark ao destacar que em perspectiva de longo prazo, “o método mais eficiente de combater a doença é interrompê-la em sua origem, para evitar que ela ocorra”. Expôs, também, que cada caso estudado e exposto na obra tratou “de uma situação concreta de saúde ou de um programa de saúde operacional em nível de comunidade” e que todos foram narrados “por pessoas que estiveram diretamente envolvidas na ação ou que viveram na comunidade por tempo suficiente para avaliar a situação em primeira mão”. O livro relata o que acontece, casos bem-sucedidos e casos falhos, diz Paul, e não o que deveria acontecer (PAUL, 1955, p. 3).

Vimos, em *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*, de Ángel Martínez Hernández (2011), antropólogo espanhol, que os estudos de caso reunidos na obra de Benjamin Paul trataram de “experiências de aplicação de orientações antropológicas”, das quais grande parte coincidia com as de programas internacionais para o desenvolvimento (MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, 2011, p. 31).

Conhecer o modelo hermenêutico de Benjamin Paul, ainda que de modo breve, foi de grande valia para o nosso estudo, uma vez que entramos em contato com uma referência antropológica de consolidação da arquitetura e da aplicação do modelo de história natural da doença. Em função deste reconhecimento, achamos oportuno incluir *ipsis litteris* os fundamentos deste modelo:

Um célebre malariologista que trabalhou no projeto do Canal do Panamá: “Se você deseja controlar os mosquitos”, ele disse, “você deve aprender a pensar como um mosquito”. A força deste conselho é evidente. Aplica-se, no entanto, não apenas às populações de mosquitos que se pretende danificar, mas também às populações humanas que se espera beneficiar. Se você deseja ajudar uma comunidade a melhorar sua saúde, você deve aprender a pensar como as pessoas dessa comunidade. Antes de pedir a um grupo de pessoas para assumir novos hábitos de saúde, é aconselhável verificar os hábitos existentes, como esses hábitos estão ligados uns aos outros, que funções desempenham e o que significam para aqueles que os praticam [...] Como uma comunidade humana realiza suas funções? O que a mantém em seu curso? Como ela vê e resolve seus problemas? Como ela percebe e recebe esforços externos e internos para melhorar sua saúde? Este volume fornece estudos de casos para encontrar algumas das respostas (PAUL, 1955, p. 1-3)

O que os estudos editados em 1955 (entre outros) fizeram foi dar impulso à aplicabilidade social da antropologia, visando ao conhecimento da realidade local sobre a qual se desenvolviam programas nacionais e internacionais para o desenvolvimento. Essa impulso acabou deslocando para a periferia o objeto da antropologia – estudos etnomédicos – para dar centralidade aos sistemas terapêuticos nativos. Uma abordagem instrumental, portanto (MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, 2011).

Durante os anos 1950 e 1960, foram realizados vários estudos de revisão sobre antropologia médica, cujas análises atentaram para a questão da “funcionalidade pragmática” dessa corrente, destacando, na visão de Martínez-Hernández (2011, p. 33) uma “dependência estrutural do modelo biomédico que, sem dúvida nenhuma, pode se

interpretar como uma consequência do pragmatismo das investigações”. Examinando as referências utilizadas por autores das revisões, Hernáez identificou a presença de citações de trabalhos desenvolvidos em perspectiva mais teórico-conceitual, ainda que poucas, mas, que, “curiosamente são assinadas pelos mesmos autores que encomendaram programas biomédicos”. Ou seja, o momento histórico expunha muito mais uma “antropologia na medicina” do que uma antropologia médica.

Os anos de 1960 foram fecundos ao novo estilo de pensamento antropológico, a partir do qual a dimensão cultural e a biológica foram articuladas sob novas bases, na intenção de alavancar discussões sobre a relação saúde/doença em um contexto cultural processual e heterogêneo (LANGDON, 1996).

Na década seguinte, anos 1970, houve alguns movimentos em direção à teorização, tanto de enfermidades como de sistemas médicos (MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2011).

Em relação à tentativa de teorização da enfermidade, o artigo *Medical Anthropology*, de Horacio Fabrega, foi uma contribuição significativa. Médico psiquiatra estadunidense, com formação em antropologia, Fabrega realizou uma revisão seletiva de estudos etnomédicos, epidemiológicos e ecológicos, publicados nos anos 1970, cujo critério para a seleção dos textos não foi teórico-conceitual, mas o teor dos trabalhos selecionados e visitados. Ele abre a introdução demarcando que o estudo adotaria “a definição de antropologia médica que é usada implicitamente por trabalhadores no campo” (FABREGA, 1971, p. 167-168):

Uma investigação médica antropológica será [aqui] definida como aquela que (a) elucida os fatores, mecanismos e processos que desempenham um papel ou influem na maneira pela qual os indivíduos e grupos são afetados *por* e respondem a *illness* e *diseases*; e (b) examina esses problemas com ênfase nos padrões de conduta. A ênfase principal deve dar-se àqueles estudos que se desenvolvem em contextos não ocidentais e que tomem como base o conceito de cultura (FABREGA, 1971, p. 167).

Ao introduzir o tema – investigação em antropologia médica –, o autor diferencia a perspectiva de abordagem sobre problemas médicos da etnomedicina e da biomedicina. Em estudos etnomédicos, diz Fabrega (1971, p. 167-168), problemas médicos são abordados do ponto de vista dos grupos e indivíduos estudados. Ou seja, “a doença (*illness*) tende a ser vista como uma categoria cultural e como um conjunto de eventos relacionados culturalmente”. Em estudos biomédicos, entretanto, problemas médicos são abordados por categorias da medicina científica ocidental:

A perspectiva organizativa para a doença desses estudos é biológica. Isto é, a ênfase é dada à doença (*disease*) como uma anormalidade na estrutura e / ou função de qualquer sistema do corpo, e as evidências do mau funcionamento do sistema biológico servem como indicadores da doença (*disease*). Em muitos estudos que usam categorias de doenças médicas ocidentais, as crenças, percepções ou práticas do grupo em relação à doença (*disease*) não são enfatizadas. As causas presumidas de consequências da

doença (*disease*), no entanto, podem ser examinadas com ênfase em fatores sociais e culturais (FABREGA, 1971, p. 168)

Analisando os estudos etnomédicos selecionados, Fabrega (1971, P. 211) observou a frequência usual de “indicadores comportamentais e fenomenológicos para definir um estado de *illness*”. Com relação aos estudos biomédicos (epidemiológicos ou ecológicos), o autor reconheceu que a definição de *disease* segue os padrões da medicina científica ocidental. A consideração-síntese exposta pelo autor foi:

Os estudos revisados empregam o que pode ser denominado um quadro biologicista em relação à *disease*. Neste quadro, as características definidoras de *disease* referem-se a processos biologicamente construídos (por ex., diabetes é uma desordem de metabolismo de carboidrato); os indicadores de doença são constituídos de dados derivados do exame da estrutura e/ou função do corpo, geralmente por meio de procedimentos especiais (microscópico, bioquímico, radiográfico, etc), e a causa ou mecanismo da doença é explicado por meio de conhecimento derivado da ciência biológica ocidental (por ex., genética, fisiologia, nutrição, microbiologia). Estudos que empregam esta estrutura têm várias implicações para as preocupações antropológicas tradicionais. Alguns exemplos são: (1) quando fatores culturais ou étnicos são envolvidos na compreensão das causas, características ou consequências da *disease*; (2) quando as questões evolucionárias biológicas ou culturais são envolvidas; (3) quando a adaptação é estudada, em relação a características ambientais ou socioculturais específicas, ou simplesmente estudadas; (4) quando são procuradas características descritivas de grupos que vivem em ambientes isolados ou sob formas “primitivas” de organização social (FABREGA, 1971, p. 211-212).

Ao final do texto, Fabrega definiu alguns termos que, na visão dele, requerem “precisa identificação e especificação transcultural” em trabalhos de campo; entre estes, *illness* e *disease*:

***Disease*:** “Designa estados corporais alterados ou processos que se desviam das normas estabelecidas pela ciência biomédica ocidental. Presume-se que esse estado tenha extensão temporal. Este estado pode ou não coincidir com um estado de *illness*.”

***Illness*:** Designa que a pessoa está doente, mas os critérios são sociais e psicológicos e logicamente separados daqueles empregados pela medicina ocidental. Supõe-se que tanto os indicadores comportamentais, fenomenológicos ou biológicos (sintomáticos) levam o indivíduo leigo a designar um estado de saúde comprometida. Supõe-se que vários tipos de enfermidades serão encontrados para organizar atividades médicas em uma unidade sociocultural. Ao mesmo tempo, supõe-se que, em um grau indeterminado, as unidades socioculturais fornecem modelos para tais doenças. Muitas vezes, o etnógrafo pode usar o termo “folk” para qualificar uma doença em particular. Geralmente isso é feito porque acredita-se que as características bastante incomuns ou específicas da doença o identificam com um grupo cultural específico. Estritamente falando, no entanto, todas as doenças são populares no sentido de que as categorias nativas sempre estruturam a forma, o conteúdo e a interpretação dada a uma doença (FABREGA, 1971, 2013).

Optamos por fazer uso de muitas citações diretas do trabalho de Fabrega (1971), por considerá-lo fundamental à nossa pesquisa. De modo a-histórico e acrítico, o médico, com formação em antropologia, faz uma revisão seletiva, sem, em nenhum momento, questionar os limites da biomedicina, dos estudos epidemiológicos ou ecológicos. Na visão de Martínez-Hernández (2011), ao interdisciplinar a etnomedicina e a biomedicina, considerando como ponto de partida a determinação biológica da doença e as implicações atribuídas por esta determinação à relação entre doença e cultura de sociedades autóctones, estudadas pela etnomedicina tradicional, a definição de Fabrega garante a necessária nebulosidade para validar o desenvolvimento prático do campo.

Quanto a movimentos em direção à teorização de sistemas médicos, nos anos 1970, cabe a Foster a contribuição bastante difundida no artigo *Disease Etiologies in Non-Western Medical Systems* (1976, p. 774). Discorrendo sobre os problemas de terminologia, ele relata que no processo histórico de desenvolvimento da antropologia, “os etnólogos rotularam as instituições dos povos que estudaram como primitivas, camponesas ou folclóricas”. Ackerknecht, por exemplo, durante os anos 1940, “não demonstrou incerteza quanto ao que lhe interessava: era a medicina primitiva”.

Quando, entretanto, após a Segunda Guerra, estudos de comunidades camponesas “tornaram-se moda”, esses povos foram descritos como possuidores de uma “cultura popular”. Para Foster (1976, p. 774), não causou nenhuma surpresa o fato de que as crenças e práticas médicas fossem rotuladas como “medicina popular”, uma fonte frequente de confusão, já que a medicina popular das sociedades tecnologicamente complexas também era, e é, assim descrita”. Nos anos posteriores, essa expressão tradicional “começou a nos envergonhar”, dizia o antropólogo, pois, em “um mundo em rápida mudança, onde os aldeões não alfabetizados de ontem podem ser os ministros de gabinete de hoje, em países recém-independentes, a palavra “primitivo” – inicialmente um polido eufemismo para selvagem – está cada vez mais ultrapassado”. O próprio Ackerknecht assim reconheceu. Mesmo “camponês” ou “popular”, palavras “menos sensíveis [...] estão sendo substituídas por “rural”, “agrário” [...]”

Em um esforço teórico para encontrar “a taxonomia mais simples para as crenças causas” de sistemas médicos, Foster inferiu que dois princípios básicos “pareciam explicar a maioria (mas não todas) das etiologias” – personalístico e naturalístico:

Um **sistema médico personalístico** é aquele em que a doença é explicada como devida à intervenção ativa e intencional de um agente que pode ser humano (uma bruxa ou um feiticeiro), não humano (um fantasma, um ancestral, um espírito mal) ou sobrenatural (uma divindade ou outro ser muito poderoso). A causalidade personalista permite pouco espaço para o acidente ou o acaso; de fato, para alguns povos, segundo antropólogos que os estudaram, todas as *illness* e mortes são acreditadas como resultado dos atos dos agentes. Em contraposição [...] **sistemas naturalísticos** explicam a doença em termos sistêmicos e impessoais. Acredita-se que a doença não provenha das maquinações de um ser raivoso, mas sim de forças ou

condições naturais como o frio, calor, ventos, umidade e, acima de tudo, uma perturbação no equilíbrio dos elementos básicos do corpo [...] saúde está em conformidade com um modelo de equilíbrio: quando os humores, o yin e o yang, ou a *Ayuverdic dosha* estão no equilíbrio apropriado à idade e à condição do indivíduo, em seu ambiente natural e social [...] resulta na saúde [...] as duas etiologias raramente são mutuamente exclusivas, no que diz respeito à sua presença ou ausência em uma determinada sociedade (FOSTER, 1976, p. 775).

As tentativas de teorização, de enfermidade no estudo de Fabrega, e de sistemas médicos, no de Foster, partem de uma noção de cultura enquanto uma disciplina complementar da biomedicina. Ambas as perspectivas presumem uma validação do “modelo biomédico a partir de sua negação como território etnográfico e, portanto, uma dependência deste modelo que irá refletir em uma continuidade pragmática da oposição entre ciência e crença”. A descontinuidade dessas polarizações será objeto de estudos posteriores, do âmbito do “culturalismo crítico”, nos anos 1980-1990 (MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2011, p. 37).

O “modelo cultural crítico”, derivado da necessidade de libertar a antropologia médica da biomedicina, edificou-se sobre o propósito de analisar o modo como a biomedicina “constrói seus objetos, desenvolve suas biotecnologias, e criam novas identidades e representações culturais”. Vários caminhos teóricos foram eleitos, cabendo destacar aquele que buscou “demonstrar desde o marxismo a vinculação da biomedicina com a lógica econômico-política do capitalismo”. A possibilidade de apreender “a condição sociopolítica da biomedicina”, em estudos culturais críticos, foi conferida pela certificação “de que a transparência [do discurso científico] não é uma condição dada ou apriorística, mas um artifício cultural que envolve premissas, valores, relações de poder e mascaramento” (MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2011, 38; 42).

Em 1982, quando o interesse da antropologia pela biomedicina configurava a mudança de perspectiva – da antropologia aplicada, a serviço da biomedicina, para a antropologia crítica –, Foster (1982) publicou o artigo *Applied Anthropology and International Health: Retrospect and Prospect*, com o objetivo de “continuar a comunicação efetiva transcultural” que havia sido assumida por antropólogos envolvidos com programas internacionais de saúde. Na visão dele, essa continuidade de comunicação daria condições para que “crenças e comportamentos de saúde [galgassem a categoria] de cientificamente aceitáveis”, pois, naquela década, os programas internacionais de saúde mostravam-se “mais realísticos [...] para determinar e desenvolver formas apropriadas de cuidados de saúde [capazes] de encontrar as necessidades e expectativas dos povos do mundo” (FOSTER, 1982, p. 189).

Neste estudo retrospectivo e prospectivo, Foster (1982, p. 189) relata que conquanto “ainda seja assumido nos meios médicos que a medicina científica será a pedra angular de tais programas, é agora respeitável – e até na moda – manifestar opiniões que ninguém se atreveria a proferir uma geração atrás”. Exemplificando este fato, ele diz que no contexto dos

programas de atenção primária à saúde, “o papel dos terapeutas e de terapias tradicionais está sendo seriamente discutido e, em uma subespecialidade médica – obstetrícia – [...] parteiras tradicionais [têm assumido o papel central] em muitos programas nacionais.

No contexto da Organização Mundial da Saúde, relatórios produzidos na década de 1980 demonstravam a necessidade enfática de “compreender os aspectos socioculturais do comportamento de saúde e doença, aprender sobre a dinâmica da ‘participação comunitária’ nos programas de saúde e incorporar cientistas comportamentais à pesquisa em projetos de pesquisa”. Segundo Foster (1982, p. 189) o momento histórico era propício para os antropólogos exercerem “um papel cada vez mais importante nos problemas internacionais de saúde”.

Foster (1982) reforça no texto que muitas revisões, sobre o envolvimento de antropólogos americanos em programas internacionais de saúde, foram realizadas nos anos 1950, mas “a institucionalização da antropologia em organizações internacionais de saúde [...] não aconteceu”.

### 3 | ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Revisar parte da literatura da história da antropologia médica e conhecer algumas narrativas teóricas nos possibilitou reafirmar a importância da perspectiva histórica na compreensão do tempo presente.

Na relação com o material, sob uma espécie de rito de arrematação, fez sentido aos nossos olhos e mente que a luta contínua para a inserção deste eixo das ciências humanas na formação médica e mestrado em saúde deve compor o farol, em que pese os ventos contrários. O material didático gerado será oportuno para fundamentar os debates sobre a relação entre saúde, cultura, sistemas médicos e biomedicina, em âmbito de formação médica como também *stricto sensu*.

### REFERÊNCIAS

ACKERKNECHT, E. **Medicine e Ethnology**: Selected Essays. Baltimore: John Hopkins, 1971.

CAMPOS-NAVARRO, R. La enseñanza de la antropología médica y la salud intercultural en México: del indigenismo culturalista del siglo XX a la interculturalidad en salud del siglo XXI. **Rev. perú. med. exp. salud pública**, vol.27, n.1, pp.114-122, 2010.

CLEMENTS, F. E. Primitive Concepts of Disease. **American Archaeology and Ethnology**, v. 32, n. 2, p. 185-251, 1932.

COSTA, G.M.C.; GUALDA, D.M.R. Antropologia, etnografia e narrativa: caminhos que se cruzam na compreensão do processo saúde-doença. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, v. 17, n. 4, p. 925-937, 2010.

FABREGA, H. Medical Anthropology. **Biennial Review of Anthropology**, v. 7, p. 167-229, 1971.



- FIGUEIREDO, R. E. D. A cooperação entre Brasil e Estados Unidos no campo da saúde: o Serviço Especial de Saúde Pública e a política sanitária no governo Vargas. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, v. 14, n. 4, p. 1429-1434, 2007.
- FIGUEREDO, R. E. D. Cuidar da saúde do vizinho: atuação do antropólogo Charles Wagley no Serviço Especial de Saúde Pública. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, v. 21, n. 4, p. 1417-1436, 2014.
- FOSTER, G. M. Relationships Between Theoretical and Applied Anthropology: A Public Health Program Analysis. **Human Organization**, v. 11, n. 3, p. 5-16, 1952.
- FOSTER, G. M. Medical Anthropology: Some Contrasts with Medical Sociology. **Medical Anthropology Newsletter**, v. 6, n. 1, p. 1-6, 1974.
- FOSTER, G. M. Disease Etiologies in Non-Western Medical Systems. **American Anthropologist**, v. 78, n. 4, p. 773-782, 1976.
- FOSTER, G. M. Applied Anthropology and International Health: Retrospect and Prospect. **Human Organization**, v. 41, n. 3, p. 189-197, 1982.
- LANGDON, Esther Jean. **A doença como experiência**: a construção da doença e seu desafio para a prática médica. Florianópolis: UFSC, 1996.
- LEAVELL, H. D.; CLARK, E. G. **Preventive Medicine for the Doctor in His Community**: An Epidemiologic Approach. New York City: McGraw-Hill, 1958.
- LEAVELL, H. D.; CLARK, E. G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.
- MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, A. **Antropología médica**. Teorías sobre la cultura, el poder e la enfermedad. Barcelona: Anthropos, 2011.
- NIGENDA-LOPEZ, G.; OROZCO, E.; LEYVA, R. Motivos de no vacunación: un análisis crítico de la literatura internacional, 1950-1990. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n. 3, p. 313-321, 1997.
- NUNES, M. O. Da aplicação à implicação na antropologia médica: leituras políticas, históricas e narrativas do mundo do adoecimento e da saúde. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, v. 21, n. 2, p. 403-420, 2014.
- PAUL, B. D. **Health, Culture, Community**. Case Studies of Public Reactions of Health Programs. New York City: Russell Sage Foundation, 1955.
- Pereira, P. (2015). Antropologia da Saúde: Um lugar para as abordagens antropológicas à doença e à saúde. *Antropologia Experimental*, (15). <https://doi.org/10.17561/rae.v0i15.2294>
- RIVERS, W. H. R. The Repression of War Experience. **The Lancet**, v. 191, n. 4927, p. 173-177, 1918. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673601232346>
- TREI, L. Benjamin Paul, founding father of medical anthropology, dead at 94. Stanford News. 2005. Disponível em: <https://news.stanford.edu/pr/2005/pr-obitpaul-060805.html>. Acesso em: 09 jan. 2019.

VALENCIA, E. Aportaciones de los antropólogos mexicanos formados en la década de los cuarenta. En: Olivera M, editor. **Cuatro décadas de la Escuela Nacional de Antropología e Historia**. México: Escuela Nacional de Antropología e Historia; 1982, p. 11.

WAGLEY, Charles. Uma Comunidade Amazônica. Companhia Editora Nacional: São Paulo, 1977.