



## Aproximaciones entre las antropologías de Cecil Helman y Clifford Geertz

### Approaches between the anthropologies of Cecil Helman and Clifford Geertz

### Aproximações entre as antropologias de Cecil Helman e Clifford Geertz

Antonio Jorge Silva Correa Júnior<sup>1\*</sup>; Raymundo Heraldo Maués<sup>2</sup>; Samuel Maria de Amorim e Sá<sup>3</sup>; Helena Megumi Sonobe<sup>4</sup>; Mary Elizabeth de Santana<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1665-15211>; Correo electrónico: juniorjorge\_94@hotmail.com

<sup>2</sup>Antropólogo. Doutor em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro/Museu Nacional. Belém, PA, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1722-0961>; Correo electrónico: hmaues@uol.com.br

<sup>3</sup>Antropólogo. Doutor em Antropologia pela University of Florida Gainesville. Belém, PA, Brasil. Orcid: No disponible; Correo electrónico: smel\_sa@terra.com.br

<sup>4</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, SP, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3722-0835>; Correo electrónico: megumi@erp.usp.br

<sup>5</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Belém, PA, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3629-8932>; Correo electrónico: marybete@ufpa.br

\*Correspondencia: Rodovia Augusto Montenegro, Residencial João Coelho 11200, bloco 13, apartamento 303 – CEP 66820000. Belém – PA, Brasil. Correo electrónico: juniorjorge\_94@hotmail.com

**Cómo citar este artículo:** Correa Júnior, A. J. S., Maués, R. H., Sá, S. M. A., Sonobe, H. M., & Santana. M. E. S. (2023). Aproximaciones entre las antropologías de Cecil Helman y Clifford Geertz. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(65). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2023.65.13>

Received: 22/11/2022  
Accepted: 03/01/2023.



**Copyright:** © 2023. Remitido por los autores para publicación en acceso abierto bajo los términos y condiciones de Creative Commons Attribution (CC/BY) license.

**Abstract:** This article aims to promote conceptual exploration in the literature of Medical Anthropology or Health and Interpretative Anthropology, approaching the perspectives of Clifford James Geertz and Cecil Helman. The segmented three-axis approach reflects some perspectives on the key concepts of culture and ethnography. It was also evident from the impasses generated by the academic effort of the medical system when studying other care systems, a clear tendency to resort to generalizations, stratigraphic conception and consensus gentium, typical of colonialist ethnography, addressing the ethical commitment and self-reflexivity of the researcher as solution. It ends with an approximation between Cecil Helman's theories on causes of illness and Clifford Geertz's knowledge and interpretation of the senses, values, behaviors and local knowledge. Therefore, we believe that the article complements the debates in the area of ethnography, meanings of illness and health, standardized in the Anthropology of Health-disease.

**Keywords:** Anthropology of health-disease; medical anthropology; interpretive anthropology; Cecil Helman; Clifford Geertz.

**Resumen:** Este artículo tiene como objetivo promover la exploración conceptual en la literatura de Antropología Médica o Antropología de la Salud e Interpretativa, reuniendo las perspectivas de Clifford James Geertz y Cecil Helman. El enfoque segmentado de tres ejes refleja algunas perspect



tivas sobre los conceptos clave de cultura y etnografía. También fue evidente por los impases generados por el esfuerzo académico del sistema médico al estudiar otros sistemas de atención, una clara tendencia a recurrir a generalizaciones, concepción estratigráfica y consensus gentium, típico de la etnografía colonialista, abordando el compromiso ético y la autorreflexividad de investigador como soluciones. Termina con una aproximación entre las teorías de Cecil Helman sobre las causas de la enfermedad y el conocimiento e interpretación de Clifford Geertz de los sentidos, valores, comportamientos y conocimiento local. Por lo tanto, creemos que el artículo complementa los debates en el área de etnografía, sentidos de la enfermedad y salud, estandarizados en la Antropología de la Salud-enfermedad.

**Palabras clave:** Antropología de la salud-enfermedad, antropología médica, antropología interpretativa, Cecil Helman, Clifford Geertz.

**Resumo:** Este artigo tem como objetivo promover exploração conceitual na literatura de Antropologia Médica ou da Saúde e Antropologia Interpretativa, aproximando as perspectivas de Clifford James Geertz e Cecil Helman. A abordagem segmentada em três eixos reflete algumas perspectivas sobre os conceitos-chave cultura e etnografia. Evidenciou-se ainda a partir dos impasses gerados pelo esforço acadêmico do sistema médico ao estudar outros sistemas de cuidado, clara tendência a recorrer a generalizações, concepção estratigráfica e consensus gentium, típicos da etnografia colonialista, abordando-se o compromisso ético e a autorreflexividade do pesquisador como soluções. Encerra-se com uma aproximação entre as teorias sobre causas do adoecimento de Cecil Helman e o conhecimento e interpretação dos sentidos, valores, condutas e saber local de Clifford Geertz. Diante disso, acreditamos que o artigo complementa os debates na área da etnografia, sentidos do adoecimento e saúde, estandarizados na Antropologia da Saúde-doença.

**Palavras-chave:** Antropologia da saúde-doença; antropologia médica; antropologia interpretativa; Cecil Helman; Clifford Geertz.

## CONSIDERAÇÃO INICIAL

*Ninguém sabe tudo, porque não há um tudo para se saber (Geertz, 2001, p. 124).*

## INTRODUÇÃO

A Antropologia Médica é especialmente necessária pelo regime de crises globais nas esferas sanitária, social e da saúde (Helman, 2006). O sistema de conhecimentos antropológicos brasileiro sempre recebeu influências internacionais e, permanentemente, solicita enquadramentos crítico-reflexivos indagando-nos: “Antropologia Médica ou Antropologia da Saúde?” (Minayo, 1998).

Os profissionais da saúde se inteiraram da Antropologia a partir de duas formas de “conversão” (ciências da saúde para ciências humanas): primeiramente por acreditarem na humanização dos serviços e secundariamente por estudarem em programas de pós-graduação de Saúde Coletiva, Políticas Públicas ou Epidemiologia. A importância destes estudos apesar das críticas de antropólogos ortodoxos, é oriunda do papel revolucionário ao darem conta que uma minoria de profissionais opta pela etnografia e uma maioria que enxerga-a desfavoravelmente, outro ponto criticado é o ritmo demorado que contrasta com as necessidades urgentes dos serviços e pelo uso de linguagens distantes do intervencionismo (Minayo, 1998). A existência de antropólogos



interessados no objeto saúde, impede que os mesmos se tornem unicamente voyeurs das situações sociais (Diniz, 1997; Helman, 2006).

Os primeiros trabalhos sobre saúde foram desenvolvidos na Segunda Guerra Mundial em países economicamente subdesenvolvidos, discutindo as realidades encontradas sob os moldes dos países dominantes. Os americanos e médicos firmaram dependências disciplinares em missões na África, Ásia e América Latina e os ingleses fixaram-se na linha estrutural-funcionalista (Minayo, 1998). Um marco destacado foi o trabalho “etnográfico puro” de Bronislaw Malinowski, no utopismo do registro imparcial, documentação com mapas, planos e diagramas, a premência pela conceptualização e a naturalidade diante dos participantes (Malinowski, 1978). Doravante este referencial mudou primeiramente pela transposição do foco que privilegiava unidirecionalmente as crenças e práticas, omitindo os impactos que o sistema biomédico traz ao cotidiano. A segunda transição amplia o foco, compreendendo não somente como símbolos socioculturais metamorfoseiam a saúde, como também as práticas médicas (re)moldam padrões socioculturais. Atualmente exigem-se perspectivas preferencialmente semióticas, fenomenológicas, hermenêuticas (Van der Geest, 2014).

Citemos como exemplo os estudos de itinerário das sociedades complexas, ressaltasse a completude etnográfica que os mesmos oferecem tanto na vertente cognitiva (estudo de significados, emoções, escolhas e ideologias), ou na vertente socioeconômica (estudo de desigualdades, estruturas familiares, gênero e etnia). Desvela-se em ambas correntes as estratégias usadas para resolver problemas, caracterizar percursos, narrar o trânsito entre sistemas e o funcionamento dos serviços (Alves, 2015).

Alves & Rabelo (1998) ratificam que a saúde tem edificado suas abordagens teórico-metodológicas em torno de representações e práticas e a primazia da primeira sobre a última, e na Antropologia Médica como nomeia, a doença é um fato (um signo) no curso da vivência e dos sentidos. Helman (1991, 2006) defende que se trata de uma organização cultural da biomedicina e os hospitais microagentes da despersonalização, contudo, é uma disciplina eclética que mescla métodos de investigação da epidemiologia, história, genética e semiótica.

Diante do abordado é frutífero recordar da ambiguidade do termo pesquisas “etnomédicas”, como diz Buchillet (1991), já que a nomeação não se remete a antropologia tampouco a etnografia. Atualmente estudos etnomédicos costumam privilegiar os sentidos e a causalidade como apreço a escola francesa, no contexto de pluralismo médico e quando geralmente vários sistemas coexistem e o adoecido não é mais passivo. Clifford Geertz (2001) conceitua-os: “[...] faz-nos lembrar que, como quer que sejam caracterizados e como quer que se venha a tê-los, os sentimentos são sentidos” (p. 187).

Ratifica-se que os sentidos na trama sociocultural são facilmente identificados em estados emocionais alegres ou de doença. Contudo, uma dificuldade encontrada é que âmbitos social e semiótico, físico e biológico não se encontram hierarquizados e redutíveis (Geertz, 2001). Compondo melhor o quadro do que deve ser estudado, para Franz Boas (2004) a força motriz da Antropologia é o substrato histórico, símbolos e comportamentos os quais supostamente estão



firmados na natureza humana, porém não passam de expressões culturais, os sujeitos têm ocupações e desempenhos individuais guiados pelo conjunto social onde suas atividades individuais influenciam avanços progressivos, em face disto as pesquisas têm por desígnio assinalar mudanças culturais, sistematização de costumes, reação do indivíduo as imposições, modos de ação e diferenças de opiniões.

A cultura como conceito aplicado geralmente contextualiza e complexifica o homem em seu plano de fundo, inexistem fixações do que é natural, universal, constante, local e diverso, formular tais determinações é falsificar a condição humana (Geertz, 2017). Conjecturar os motivos da preocupação em definir o conceito de cultura por parte dos estudiosos é perseguir sua origem. Geertz segundo Laraia (1986) assume uma postura crítica, sinalizando que a autenticidade deste conceito reside na fortificação teórica e especialização e não em sua amplitude sob o risco do núcleo conceitual da antropologia dispersar-se.

Apoiados em novos arranjos de etnografia (ou nem tanto) há uma permanente reflexão sobre tecnologias, ciências, religiões, esportes e seus desdobramentos em ideias, paixões, padrões, doutrinas, teorias e rituais (Santos, 1996). Goldman (1999) em “Alguma Antropologia” evocando pelas sociedades complexas, cita os esforços em compreender fenômenos gerais, conjuntamente ou não, com aqueles pontuais, fazendo ressalvas acerca do reducionismo. A totalização do universo sociocultural não pode derivar de micro estudos com visões incompletas dos fenômenos, tampouco de estudo de cunho macrossociológico que fazem conexões da realidade estudada com o exterior. Por isto nas sociedades complexas deparamo-nos com campo fértil a Antropologia Urbana (Santos, 1996; Lenardt et al., 2011).

A justificativa que embasa o artigo, surgiu nos prelúdios da necessidade de interpretar os sentidos do adoecimento de pacientes oncológicos internados em um hospital de referência. Situo-me adotando a classificação de Diniz (1997) de “antropólogo convertido”, pesquisadores cujos trabalhos combatem o determinismo orgânico e geralmente usam a teoria antropológica como bricoleurs. Portanto, este artigo tem como objetivo promover exploração conceitual na literatura de Antropologia Médica ou da Saúde[1] e Antropologia Interpretativa, aproximando as perspectivas de Clifford James Geertz e Cecil Helman.

## DESENVOLVIMENTO DO TEMA

### Como ocorre a apreensão na pesquisa de campo? As técnicas de coleta e reflexividade

O método etnográfico tem sido empregado dada profundidade atingida na descrição dos fenômenos embebidos pelo meio cultural no qual os atores sociais constroem suas experiências (Langdon & Wiik, 2010; Lenardt et al., 2011). Esquivando-se do determinismo biológico-geográfico o ideal mais aceito ou pelo menos não tão contestado, é a que o comportamento depende do aprendido e da endoculturação segundo Laraia (1986).



Aquilo que em tempos passados era crível como natural não passa de apreensão de padrões culturais pelo convívio. A endoculturação é a aprendizagem de comportamentos com ajuda da família, amigos ou outros grupos e a aculturação ocorre livremente por intermédio do sincretismo, forçadamente quando a pessoa tem sua cultura suplantada mediante violência, ou planejadamente quando novos padrões culturais são engendrados por estancias superiores e gradativamente repassados (Assis & Nepomuceno, 2008). Na ocasião que o adoecimento é diagnosticado por algum detentor do conhecimento médico, a pessoa é aculturada para aderência de um sistema de valores médicos e outros padrões de vida.

A reflexividade em pesquisas antropológicas na área saúde começa na busca por focos que revertam contributos para os serviços, não se trata de buscar utilitarismo instrumental e sim não se dispersar nas amplitudes investigadas. Logo, as formas culturais são captadas pela observação participante, apreendendo o conhecimento contextual a partir da imersão (Abdulrehman, 2017), este “olhar” é sujeito aos modelos acadêmicos que incutem esquemas conceituais e teorias que sensibilizam o observador. O ouvir experiência crivos geralmente habituados a apagar qualquer som supostamente pouco proveitoso, atribuindo significado a manifestações apreendidas na observação; escrever perfaz o percurso (Oliveira, 1998).

A observação participante experiência internamente e externamente uma situação para apreender comportamentos, nos quais as situações sociais serão identificadas por meio de locais, atores e atividades nas quais a apreensão será oriunda apenas na observação de atividades similares de forma recorrente. Por ser uma técnica de coleta indutiva compreensiva seu procedimento reúne critérios tais como ser planejada sistematicamente antes da entrada no campo, estando sujeita a verificação (Correia, 2009; Lenardt; Michel, 2013).

O pesquisador participa das situações e suas observações diferem-se em descritivas, focadas e seletivas. Como níveis são detalhadas, respectivamente, por um panorama descritivo da situação que perdurará até o final; a observação focada apreende significados relativos ao cenário, atores e ações e a seletiva localiza e descreve alguma informação específica. Organizar e firmar o cognoscível será facilitado pelas anotações em um diário de campo como instrumento para identificar os sentidos estudados e as notas etnográficas serão expandidas (Lenardt & Michel, 2013).

Os processos de reflexividade são capturados exatamente nos trechos das anotações, com a análise do contexto político, nas iniciativas de envolvimento no público e no direito irrevogável ao cuidado (Renedo & Marston, et al. 2015; Nilson, 2017). Maksud (2015) corrobora com o registro de conceptualizações do pesquisador, os campos conceituais e temáticos pelos quais irá definir-se: doença, sofrimento dos seus informantes, problemas sociais causados pelo adoecimento ou pela dinâmica disciplinar.

### **Ética na pesquisa etnográfica em saúde: etnocentrismo e visão estratigráfica em foco**

Quando se refere aos estudos etnomédicos Geertz (2001), versando sobre o mapeamento de emoções e descrição do acúmulo de sistemas vocabulares e sentidos, fala dos impasses provenientes do esforço das teorias culturalistas assumindo a negligencia da dimensão intrapsíquica e subjetiva.



O autor recorre a uma assertiva para justificar o que está buscando: “A questão é como essas emoções – mēnis, liget, ira ou fúria, toska ou Heimatliebe, on, enryo ou omoiari (ou, já que estamos no assunto, bloody) – passam a ter a força, a pertinência e o efeito que têm” (p. 186).

O que vale é apreender os significados cruciais que as pessoas atribuem a suas vidas (Van der Geest, 2014). Toma-se a concepção estratigráfica (o homem dividido em camadas biológicas, psicológicas, sociais e culturais), o homem como depósito evolutivo e as falácias do relativismo e evolução cultural, como virtualmente errôneas (Geertz, 2017), outro erro é julgar como “limpo”, “sujo” e “falta de cultura” (Langdon & Wiik, 2010). A visão estratigráfica é utilitarista por preservar a vontade de cada disciplina, entretanto, mantém uma uniformidade empírica pouco realista. O consensus gentium herdado do iluminismo e fiando-se na uniformidade e “consenso de toda a humanidade”, como tipos universais de comportamento e pensamento corretos em todas as culturas, é illusório (Geertz, 2017): “Uma vez que a cultura, a psique, a sociedade, o organismo são convertidos em ‘níveis’ científicos separados, completos e autônomos em si mesmo, é muito difícil reuni-los novamente” (p. 30).

É realista dizer que a observação empírica está adstrita geralmente a apreciação cultural e estruturação valorativa inconscientemente. A propensão a considerar mais correto seu modo de vida é natural, mas o etnocentrismo sempre está ligado à falácia da vantagem evolutiva de uma cultura sobre a outra (Laraia, 1986). O compromisso ético perpassa por flexibilidade no consentimento livre e esclarecido, furtando-se de métodos individualistas de coleta, sabendo que o que se imagina como ética: Autonomia, Autodeterminação e Individualidade são ligados a culturanorte-americana (Roberts et al., 2017; Rising, 2017). Alguns percalços éticos estão no Quadro 1.

Quadro 1 – Pontos que exigem atenção no trabalho de campo. Belém, PA, Brasil, 2020.

Perguntas: Os entrevistados podem não estar instruídos como o questionário solicita; Existe o temor em causarem danos judiciais e serem usadas por autoridades ou por rivais; Certas perguntas descortinam a masculinidade, feminilidade e outros padrões normativos.
Tempo: Existe o conflito entre o tempo médico e dos adoecidos; no ocidente é descrito linearmente enquanto nas culturas orientais é circular. Notam-se: tempo de desenvolvimento, do calendário, nacional, religioso, burocrático e renascimentos.
Locus: Podem discordar do local da entrevista, trazendo para coleta o seu núcleo familiar.
Pesquisador: Podem questionar o perfil socioeconômico, etário, racial ou de gênero.
Pesquisados: Com pessoas do gênero feminino de grupos religiosos, a entrevista pode estar condicionada a vigilância de uma pessoa do gênero masculino. Anciões detentores do “poder imemorial” podem insistir em participar da entrevista. Homens ou mulheres, dotados de poder simbólico (como a cura, parto, revelação) guardam os ensinamentos que lhes são repassados e não os compartilham-nos, divulgá-los implicaria na perda de poder.

Fonte: adaptado de Helman (2005, 2009).



### **Saber local e o que deve ser apreendido: aproximações entre Geertz e Helman**

A crescente internacionalização penetra os saberes locais interagindo e misturando o que é Local e Global, o conhecimento passa a ser adquirido do local para global e do global para local (Li et al., 2016). Apesar de existirem conflitos entre os diferentes sistemas de saúde-cuidado (Helman, 2006), o pesquisador deve saber que a internacionalização nem sempre simboliza um perigo, e em suas potencialidades devem ser discutidas com os sentidos.

Citamos o exemplo da medicina popular ou medicina folk no Brasil, os estudos enfatizados por Loyola (1978) em centro urbanos, caracterizando este sistema de saúde como alternativa à filas por possuírem linguagens e cosmologias acessíveis, o curandeirismo como prática socialmente aceita em “localidades” urbanas. Isto ratifica que a saúde não se explica apenas por intermédio da medicina científica (global), mas também pela visão de mundo e organizações não convencionais (locais) e em sequência, os profissionais de saúde empenhados no estudo da antropologia auxiliam na adaptação da medicina ocidental ao contexto e necessidades locais (Queiroz, 1980; Helman, 1991).

O trabalho de Wawzyniak (2009) é um dos que desvelam “o dom de curar” ou “trabalhar na saúde”. Os agentes comunitários das comunidades que margeiam o rio Tapajós assinalam a influência que receberam do modelo biomédico e de instituições recentes, como a Igreja da Paz e a Fundação Esperança, afirmando o pertencimento de cada tipo de doença a um profissional (pajés, curandeiros, puxadores ou médicos).

Realçam-se as virtudes do saber local: os dados são locais e remetem os receptores a certas concretudes não retratando corretamente as realidades de algum país ou cultura desconhecida, mas sim oferecendo explicação. Um pesquisador pertencente a alguma realidade cultural visitou algum locus, observou, conversou com algumas pessoas e conseguiu com diálogos chegar a um retrato. Então o saber local possui limites, para compreendê-lo é preciso saber as relatividades e como aquilo designado como “localizado” tem habilidade para expandir-se. Consequentemente o saber local e o universal não se digladiam (Geertz, 2001).

Assim, a utilidade instrumental encontrada em generalizações, “vias de regra” e leis falham pela generalidade. Ponderar sobre a obrigatoriedade em criar achados facilmente traduzidos em uma antropologia cosmopolita, trazem os incômodos do cientificismo e blefes. Comparações não são indesejáveis, sendo viáveis desde que duas realidades sejam comparadas levando em conta seus enquadramentos culturais de forma a esquadrinhar as peculiaridades. As “teorias” não se constituem como um perigo quando se propõem a orientar a particularidade e não a generalizar (Geertz, 2001), deste modo os fenômenos e quaisquer conclusões generalizáveis que reduzam os descobertos a fórmulas, o “interpretativismo” e a subjetividade hermenêutica são inviáveis (Boas, 2004; Langdon & Wiik, 2010).

Sabendo disto, para Helman (2009) os estudos precisam dar conta de: o que as pessoas dizem crer, pensam e fazem; o que realmente fazem; o que realmente pensam. Para a Antropologia da Saúde-doença todo sistema de crenças sobre os motivos do adoecimento possui uma lógica interna



que ajuda o indivíduo a construir um sentido. Estas etiologias variam com: indivíduo, mundo natural, mundo social e mundo sobrenatural.

O “Indivíduo” como categoria de análise é a gênese dos problemas de saúde em modelos explicativos que priorizam o mau funcionamento do corpo, alterações na alimentação e comportamento. As campanhas de educação valem-se, comumente, destes consensos atribuindo obesidade, alcoolismo, infecções sexualmente transmissíveis a comportamentos incorretos (Helman 1991; Helman, 2009). Apesar de aparentemente módico, investigar o grau de responsabilização dos indivíduos possibilita traçar planos de educação.

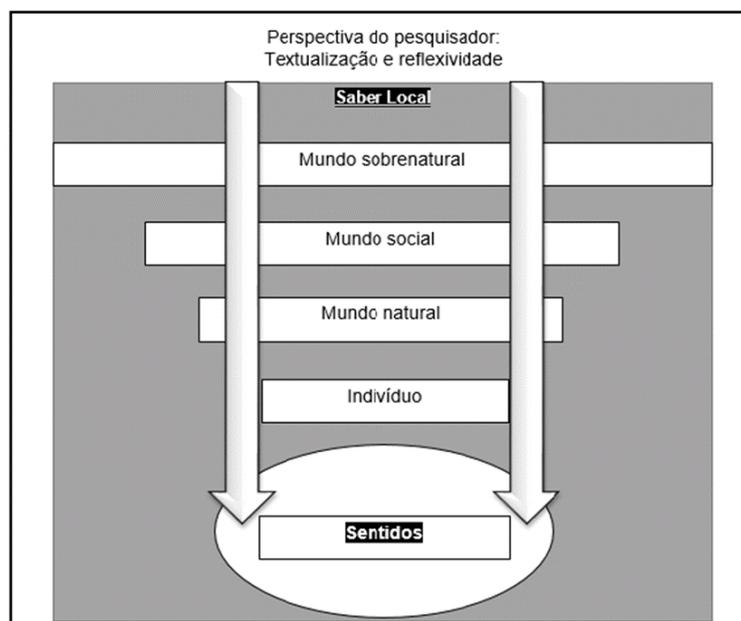
Estudar o indivíduo outorga um limiar entre fraqueza e resistência individual, permitindo a descrição se assume ou não a responsabilidade pela saúde, ou enxerga a cura para além de suas possibilidades (Helman, 2009). Alguns estudos etnográficos são exitosos ao apreciarem a construção de ideias de “melhoria da qualidade em saúde” para a qualidade dos serviços, lançando luz sobre atitudes, autodisciplina, ênfase nos apelos neoliberais para individualização, autodeterminação e da ação coletiva (Renedo & Marston, et al. 2015).

O “Mundo natural” como categoria de análise compõe-se de seres vivos e inanimados causadores de doenças e/ou cura. O Sol, a Lua, calor, “friagem”, umidade, microorganismos, animais e outras etiologias naturais. Já o “Mundo social” dá conta da explicação casual da doença por intermédio de relações conflitivas, bruxaria, maldição, mau-olhado e o quebranto. Responsabilizar o outro pela enfermidade é um padrão encontrado majoritariamente em sociedades pré-industrializadas, com abandono estatal ou rurais (Helman, 2009).

O “Mundo sobrenatural”, por fim, é a categoria que atribui ao(s) Deus(es), entidades e antepassados a culpa pelas enfermidades. Lapsos e desvios de conduta convertem-se em castigo e apenas o reconhecimento da culpa e do pecado remediadas (Helman, 2009). O trabalho de Maués (1990) concilia as quatro dimensões quando aborda as causas das doenças naturais e não-naturais segundo a população de Itapuá, Brasil. As doenças naturais têm como causas elementos de ordem natural, condutas, alimentos “reimosos”, frio-quente e microorganismos, facilmente tratadas pela medicina. As doenças não-naturais são resultantes de malefícios, encantamentos e quebranto misturando os mundos social e sobrenatural.

Esta abordagem quando leva em consideração os sentidos do adoecimento unifica o contexto cultural, sobrelevando e conectando as “camadas” do homem que não podem ser explicadas uma sem o auxílio da outra. Explora-se assim o complexo papel do saber local nas sociedades complexas, a interpretação dos sentidos segundo o sistema de valores corrente, os impactos dos movimentos aos quais a o sistema médico expôs os informantes e a luta (ou realismo) ao lidar com a tendência a recorrer a generalizações. A Figura 1 busca alinhar os quatro modelos de Cecil Helman com a visão de Clifford Geertz.

Figura 1 – Aproximação entre Geertz e Helman. Belém, PA, Brasil, 2020.



Fonte: elaborado pelos autores a partir de Helman (2009) e Geertz (2017; 2001).

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, os estudos etnográficos inseridos no objeto saúde-doença-cuidado acomodam padrões interpretativos de sentidos (cuidado, redes de apoio, aceitação ou infortúnio, itinerário de tratamento e cura). As visões que concebem uma antropologia longínqua das necessidades humanas dão conta de um entendimento cartesiano inculcido na área da saúde, pugnano a sensibilidade e os achados até então “invisíveis” destas pesquisas. As teorias leigas que consideram a fusão dos quatro modelos explicativos de Cecil Helman são desveladas com acurada imersão no campo, e na consideração do saber local. As maneiras de chegar a Interpretação das Culturas como preconiza Geertz envolvem: não recorrer a generalizações, conhecer os limites do saber local, circunstanciar os dados etnográficos e a sagacidade em não permitir que seu sistema científico-globalizado interfira em explicações tradicionais, emoções ou formas de agir dos informantes.

Considera-se o multiculturalismo microlocalizado paradoxal as formas multiculturais globalizadas, portanto, a etnografia focada na saúde interpela que o plano de fundo cultural seja o contexto da pesquisa e não apenas dos informantes. Eis que urge a necessidade de estudar os sentidos e refletir os processos globais contemporâneos das sociedades complexas acarretando doenças que não foram vencidas, como câncer, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, Alzheimer, depressão, transtorno de ansiedade e as doenças negligenciadas.

### AGRADECIMENTOS

Para a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de mestrado código 4892065.



## CONFLITO DE INTERESSES

Nenhum declarado.

## REFERÊNCIAS

- Abdulrehman, M. S. (2017). Reflections on native ethnography by a nurse researcher. *Journal of Transcultural Nursing*, 28(2), 152-158.
- Alves, P. C. (2015). Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença. *Política & Trabalho*, (42).
- Alves, P. C., & Rabelo, M. C. (1998). Repensando os estudos sobre representações e práticas em saúde/doença. In Alves, P. C., & Rabelo, M. C. (org.) *Antropologia da Saúde: Traçando Identidades e Explorando Fronteiras* (pp. 107-121). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Relume Dumará.
- Assis, C. L., & Nepomuceno, C. M. (2008). *Processos culturais: endoculturação e aculturação*. Campina Grande, PB: UEPB/UFRN.
- Boas, F. (2004). *Antropologia Cultural*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Buchillet, D. (1991). A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde. In. Buchillet, D. *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazonia*. Belem: CEJUP, 1991. p.21-44.
- Correia, M. C. B. (2009). A observação participante enquanto técnica de investigação. *Pensar enfermagem*, 13(2), 30-36.
- Diniz, D. (1997). O que é isso que chamamos antropologia da saúde no Brasil. *Revista Brasiliense de Pós-Graduação em Ciências Sociais*, 1(1), 213-234.
- Geertz, C. (2001). *Nova luz sobre a antropologia*. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.
- Geertz, C. (2017). *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: LTC.
- Goldman, M. (1999). *Alguma Antropologia*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Helman, C. (2006). Why medical anthropology matters. *Anthropology Today*, 22(1), 3-4.
- Helman, C. G. (1991). Limits of biomedical explanation. *The Lancet*, 337(8749), 1080-1083.
- Helman, C. G. (2005). Cultural aspects of time and ageing. *EMBO reports*, 6(S1), S54-S58.
- Helman, C. G. (2009). *Cultura, saúde e doença*. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed.
- Langdon, E. J., & Wiik, F. B. (2010). Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3), 459-466.
- Laraia, R. B. (1986). *Cultura: um conceito antropológico*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Lenardt, M. H., & Michel, T. (2013). As pesquisas em enfermagem e o método etnográfico de Spradley e McCurdy. In Melo, L. P., Gualda, D. M. R., Campos, E. A. (Organização), *Enfermagem, antropologia e saúde* (pp. 105-146). Barueri: Manole.



- Lenardt, M. H., Michel, T., & Pereira De Melo, L. (2011). The nursing ethnographic research into complex societies. *Colombia Médica*, 42(2), 70-77.
- Li, S., Easterby-Smith, M., Lyles, M. A., & Clark, T. (2016). Tapping the power of local knowledge: A local-global interactive perspective. *Journal of World Business*, 51(4), 641-653.
- Loyola, M. A. (1984). Medicina popular. In: Guimarães, R. (Org.), *Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate*. Rio de Janeiro: Graal.
- Maksud, I. (2015). Doenças/adoecimentos/sofrimentos de longa duração: diálogos das Ciências Sociais com a Saúde Coletiva. *Revista de Ciências Sociais - Política & Trabalho*, 1(42).
- Malinowski, B. (1978). *Os Argonautas do Pacífico Ocidental*. São Paulo: Abril Cultural.
- Maués, R. H. (1990). Doenças naturais e não-naturais: causas. In Maués, R. H. *A Ilha Encantada – Medicina e Xamanismo numa comunidade de pescadores* (pp. 35-64). Belém: Universidade Federal do Pará.
- Minayo, M. C. S. (1998). Construção da identidade da antropologia na área de saúde: o caso brasileiro. In: Alves, P. C., & Rabelo, M. C. (orgs.), *Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras [online]* (pp. 29-46). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Nilson, C. (2017). A journey toward cultural competence: The role of researcher reflexivity in indigenous research. *Journal of Transcultural Nursing*, 28(2), 119-127.
- Oliveira, R. C. (1998). O trabalho do antropólogo: Olhar, ouvir, escrever. In: Oliveira, R. C. *O Trabalho do antropólogo* (p. 17-35). São Paulo: UNESP.
- Queiroz, M. D. S. (1980). Estudos sobre medicina popular no Brasil. *Religião e Sociedade*, 5, 241-50.
- Renedo, A., & Marston, C. (2015). Developing patient-centred care: an ethnographic study of patient perceptions and influence on quality improvement. *BMC health services research*, 15(1), 122.
- Rising, M. L. (2017). Truth telling as an element of culturally competent care at end of life. *Journal of Transcultural Nursing*, 28(1), 48-55.
- Roberts, L. R., Jadalla, A., Jones-Oyefeso, V., Winslow, B., & Taylor, E. J. (2017). Researching in collectivist cultures: Reflections and recommendations. *Journal of Transcultural Nursing*, 28(2), 137-143.
- Santos, J. L. (1996). *O que é cultura*. 14ª ed. São Paulo: Brasiliense.
- Van der Geest, S. (2014). Medical anthropology. *The Wiley Blackwell encyclopedia of health, illness, behavior, and society*, 1313-1324.
- Wawzyniak, J. V. (2009). Agentes Comunitários de Saúde: Transitando e atuando em diferentes racionalidades no rio Tapajós, Pará, Brasil. *Campos-Revista de Antropologia*, 10(2).

#### NOTA

[1] Neste artigo não nos preocuparemos com desambiguações das terminologias, por encarmos como questões de escolas de pensamento americana e francesa.