

Quando la popolazione “non partecipa”. Antropologia, vulnerabilità e rischio nelle politiche sanitarie di controllo e prevenzione del dengue

Francesca Cerbini
CAPES/Brasil

Premessa

Come antropologa ricercatrice del Centro di Scienze della Salute della Universidade Estadual do Ceará (Fortaleza-Brasile), partecipo, dal mese di ottobre 2012, a un progetto “transdisciplinare” volto ad operare nell’ambito di un programma dell’OMS-TDR¹ finanziato in diversi paesi del Sud America, mirato al controllo e alla prevenzione del dengue attraverso l’approccio chiamato “Ecosalute”². Nella fase propedeutica alla ricerca sul campo, ho focalizzato l’attenzione sui principi tanto teorici quanto metodologici funzionali allo sviluppo del progetto in questione³, sulle linee guida dettate dal ministero della salute brasiliano e sulle strategie di intervento promosse dall’OMS, occupandomi in particolare del concetto di “partecipazione comunitaria” in relazione alla prevenzione e al controllo del virus⁴. Questo lavoro, perciò, prendendo spunto da alcune impressioni preliminari raccolte sul campo presso i beneficiari del progetto, si basa principalmente sulla revisione bibliografica degli articoli relativi a “dengue” e “partecipazione comunitaria” contenuti nelle più autorevoli riviste brasiliane, che trattano temi relativi alla salute pubblica.

Nella fattispecie, ho voluto orientare l’analisi su un aspetto molto dibattuto nella letteratura scientifica specializzata che, in sintesi, è definito come una sorta di *non compliance* della popolazione alle direttive impartite per il controllo del vettore del dengue, pur riscontrando in genere un alto grado di conoscenze relative al contagio. Questo aspetto rimanda senz’altro alla dimensione sociale del fenomeno e ai metodi di indagine utilizzati per renderne conto, in un contesto di ricerca che mette in campo diverse discipline in dialogo tra loro e con i saperi non accademici.

Partendo dalla medesima bibliografia, ho riscontrato peraltro un coinvolgimento crescente della figura dell'antropologo e dell'approccio etnografico nei programmi di promozione della salute, per cui ho voluto esaminare in che modo questa figura professionale sia stata chiamata in causa nei diversi contesti analizzati. Tale questione ha assunto particolare rilevanza soprattutto in considerazione del fatto che quando sul campo si esplora il significato locale della malattia e del contagio e le sue modalità di riproduzione, si fa strada un concetto di "cultura" che, come mostrerò nelle pagine che seguono, è inteso da molti beneficiari e operatori sanitari come una sorta di ostacolo alla *compliance* della popolazione. Si assiste, dunque, a un ribaltamento dell'accezione positiva che, in generale, si attribuisce all'impiego di questo termine nel linguaggio comune, e ciò è da considerarsi un campanello d'allarme che mette in evidenza la superficialità, spesso strumentale, non tanto della popolazione, quanto di coloro che, sul campo, hanno impiegato a vario titolo un certo bagaglio teorico diventato poi, legittimamente, di "dominio pubblico", ma che nasconde, proprio in virtù di un suo uso "diffuso", una serie di "insidie" che devono costituire materia di riflessione. Perciò, il tema della partecipazione popolare si articola nelle pagine che seguono con un altro argomento che ne costituirà il *leitmotiv*, ossia l'impiego delle competenze dell'antropologo in progetti multi o transdisciplinari.

Ciò rimanda a uno scenario controverso, che chiama in campo una antropologia concretamente impegnata nello spazio pubblico, un'"antropologia applicata" a cui è richiesto il conseguimento di obiettivi per la risoluzione di problemi pratici (Pavanello 2010: 152-153), pur nella consapevolezza che tali finalità si raggiungono intraprendendo spesso un cammino tortuoso e ricco di contraddizioni e compromessi per gli antropologi (O'Driscoll 2009) impiegati in programmi di promozione della salute. E non mi riferisco solamente alle divergenze che intercorrono fra una modalità di lavoro caratterizzata dall'immersione profonda nel contesto e dalla lunga durata, aspetti propri del metodo etnografico, e le tempistiche ristrette a cui si è soggetti quando si sottoscrive un contratto, o alla tendenza relativista che contraddistingue il pensiero antropologico in opposizione a quell'impeto universalista e generalizzante insito, per esempio, nel *modus operandi* delle agenzie di sviluppo (Gardner & Lewis 1996, cit., 77, in O'Driscoll 2009: 15). Piuttosto l'enfasi ricade sui modi di interpretare il ruolo dell'antropologo sul campo, quando a priori essi sono determinati dalla volontà di porre l'attenzione su una tipologia di "problema" piuttosto che su un'altra, maggiormente scomoda o a breve termine di difficile risoluzione. Per cui il compito dell'antropologo sarebbe, in primo luogo, quello di "esaminare le condizioni sociali della produzione del sapere" (Young 2006:

133). Ciò, oltre ogni critica postmoderna, impone un chiaro posizionamento del ricercatore sul campo non solo come dovere etico ma anche come fondamentale contributo alla credibilità e al valore euristico del suo operato, nell’arena dei saperi dominati dalle certezze delle scienze dure e degli organismi di governo nazionali e sovranazionali, costruite sulla base di “trappole” epistemologiche, che in primo luogo fanno capo alla ben nota dicotomia fra scienza e cultura.

A partire da tali considerazioni, mi domando dunque in questo lavoro quale contributo sia richiesto agli antropologi, soprattutto quando impiegati in contesti di ricerca multidisciplinari o transdisciplinari. Nel caso in questione rispondo proponendo di analizzare, alla luce di un’antropologia della vulnerabilità, del rischio e della responsabilità, una delle questioni cruciali che emerge dalla bibliografia considerata, ovvero la mancata partecipazione della popolazione alle politiche sanitarie di controllo del dengue, ridelineando così i termini e i modi entro i quali l’approccio etnografico e la figura dell’antropologo sarebbero in grado di offrire la loro specifica competenza, arrivando al “cuore del problema”.

Scienza e cultura

Nel volume curato da Melissa Parker e Ian Harper (2006) del *Journal of Biosocial Science*, dedicato all’antropologia della salute pubblica, gli autori notano con preoccupazione come la maggioranza degli articoli pubblicati sulla rivista facciano capo a una metodologia di analisi “fattoriale”, nella quale le determinanti socio-culturali della malattia si qualificano come alcuni tra i “fattori” responsabili della diffusione di determinate patologie. Sebbene, da un lato, Parker e Harper (2006: 1) riconoscano nell’approccio multicausale un elemento dirimente per la formulazione di efficaci politiche sanitarie e per la comprensione di fenomeni tanto complessi come quelli che interessano il binomio salute/malattia, dall’altro mettono in guardia sul fatto che proprio in questo tipo di ricerche si ravvisa, nella maggior parte dei casi, una separazione fra il concetto di “scienza” e quello di “cultura”, nel senso che la conoscenza scientifica è generalmente intesa come separata dal suo contesto sociale.

Esiste, dunque, una scarsissima consapevolezza del fatto che proprio la conoscenza scientifica è anch’essa il prodotto di un processo di costruzione di significati informati da una realtà complessa e variegata, in cui si riflettono in varia misura l’economia, le relazioni di potere o il pregiudizio (Parker & Harper 2006: 1-2; Franklin 1995; Martínez Hernández 2000).

Inoltre, sottolineano Parker e Harper (2006: 2), pur riconoscendo l’importanza dei fattori socioculturali come determinanti fondamentali

della diffusione di un certo tipo di patologie, si tende a ridurre l'indagine sugli aspetti biosociali della malattia a dati quantificabili, oppure, guardando l'altro lato della medaglia, a ricercare la causa del "male" nelle "credenze" che influiscono su un determinato modo di pensare e di agire dei beneficiari dei programmi di salute.

La separazione di queste cosiddette credenze dalle idee proprie della scienza medica ha portato molti ricercatori a puntare il dito su quelle "barriere culturali" che impediscono l'efficace supporto e fruizione dei servizi di salute da parte della popolazione (Parker & Harper 2006: 2; Franklin 1995: 170). Perciò, quei lavori che documentano le conoscenze e le pratiche delle popolazioni coinvolte, e che sempre più frequentemente usano un sedicente approccio di ricerca "etnografico", servirebbero a colmare la distanza fra i servizi sanitari offerti e la popolazione, imputando nella maggior parte dei casi a fattori "culturali"⁵ la responsabilità del mancato utilizzo dei servizi.

Farmer (1999)⁶ ha evidenziato come, nel dibattito sulla salute pubblica, focalizzare l'attenzione sulla "cultura" concorre a ostacolare la comprensione dei processi economici, politici e sociali che sono alla base di determinate disuguaglianze nella distribuzione di certe patologie e nella possibilità di cura e come le disuguaglianze sociali producano inevitabilmente malattia e morte⁷; Fassin (1996) ha sottolineato come la salute sia una nozione culturalmente determinata e uno spazio politicamente strutturato di gestione dei corpi e delle risorse che garantiscono il benessere.

Lo sguardo antropologico medico dovrebbe essere capace di "riconfigurare"⁸ i limiti entro i quali si colloca il problema oggetto di analisi, ampliando il campo della ricerca alle forze macrosociali che danno luogo al riprodursi di specifici meccanismi di discriminazione e ingiustizia sociale, dimostrando come l'"etnograficamente visibile" (Farmer 2004) sia informato dalle più ampie strutture del potere. Solo in questa cornice, storicamente determinata, è possibile ritrovare quella rete di relazioni tra la "cultura", le persone e le istituzioni.

Non è onesto, affermano Farmer et al. (2006), discutere di alcolismo fra i nativi americani o della dipendenza da crack degli afroamericani senza prendere in considerazione il genocidio di epoca coloniale e immediatamente post-coloniale o la schiavitù, dunque senza mettere in connessione eventi apparentemente lontani nel tempo e nello spazio ma legati da una sorta di *continuum* della violenza, per citare un'espressione usata da Scheper Hughes e Bourgois (2004), attraverso il quale si riproduce in forma costante, nascosta, naturalizzata e silente l'oppressione sui segmenti più deboli della società⁹.

I concetti di violenza strutturale e violenza simbolica, così come gli studi foucaultiani sulla biopolitica e sui meccanismi di oppressione che

si esercitano finemente e in modo impersonale e “microscopico” sulle persone, attraverso un variegato arsenale di tecnologie istituzionali e disciplinari, sono patrimonio intellettuale consolidato per un’antropologia sempre più tesa a individuare connessioni fra locale e globale.

A partire da questo bagaglio teorico, vorrei esporre il caso relativo alle campagne governative e ai programmi sanitari mirati al controllo e alla prevenzione del vettore del dengue, nelle aree urbane in rapidissima espansione del territorio brasiliano.

Dengue, cultura e cittadinanza

Il dengue è un virus trasmesso principalmente da una zanzara (*Aedes egypti*) che proliferà soprattutto nelle regioni tropicali al di sotto dei 1800 metri s.l.m. Per diffusione e per numero di malati e vittime è considerato un’emergenza sanitaria in oltre cento paesi distribuiti in tutti i continenti, tranne quello europeo¹⁰. Secondo i dati dell’OMS, è il principale arbovirus diffuso nel mondo, per il quale ogni anno si registrano circa 500.000 ricoveri, 20.000 decessi e un numero imprecisato di infezioni, che colpisce dai 50 fino ai 200 milioni di persone (Murray et al. 2013: 301).

Nel XXI secolo, il Brasile è diventato il paese con il più alto numero di malati di dengue, rappresentando il 78% del totale dei casi registrati nelle Americhe e il 61% dei casi riportati dall’OMS (Teixeira et al., 2009).

Il vettore ha raggiunto tutti gli Stati della repubblica federale brasiliana, per cui il dengue è attualmente una delle malattie a più elevata incidenza del paese (França Abreu Siqueira 2004; Camara et al. 2007).

Le epidemie di dengue si manifestano con frequenza durante la stagione piovosa, ma un paese come il Brasile presenta condizioni favorevoli alla riproduzione dell’*Aedes egypti* potenzialmente estese a tutti i periodi dell’anno, soprattutto nelle regioni del nord e nord-est (Camara et al. 2007), e in particolare nelle grandi metropoli, in quei luoghi in cui la rete di servizi al cittadino è gravemente compromessa dalla mancanza di una previa pianificazione urbanistica (Tauil 2001).

Il dengue rappresenta un grave problema di salute pubblica, considerato dall’OMS e dal governo brasiliano di assoluta priorità dal momento che per questo virus non esiste vaccino, e perciò, oltre ad essere obiettivo di molteplici e costose campagne di prevenzione, è un terreno di ricerca che coinvolge lo sforzo congiunto di equipe di entomologi, epidemiologi, biologi, personale sanitario e, in misura sempre crescente, anche di scienziati sociali (Waltner-Toews 2001: 13-14).

La prevenzione, unica arma disponibile, da un lato si concentra sullo studio dei mutamenti genetici dei quattro virus predominanti e sull’analisi della capacità di riproduzione e adattamento ambientale della zanzara;

dall’altro verte sullo studio delle abitudini e dello stile di vita della popolazione occupante le zone a rischio di contagio. È per indagare tali “peculiarità” che la ricerca qualitativa e il metodo etnografico sono particolarmente apprezzati e valorizzati, anche in situazioni epidemiche emergenti o emergenziali, come mostra, ad esempio, il *Communication for behavioural impact (COMBI). A toolkit for behavioural and social communication in outbreak response* (WHO 2012).

In questo manuale prodotto dall’OMS, si chiamano direttamente in causa gli antropologi che, in singolare sinergia con le tecniche di “marketing” della comunicazione, otterebbero rapide ed efficaci reazioni della popolazione in caso di epidemie di vario genere, fra cui il dengue (WHO 2012: 9,60). Nel manuale si accenna sin da subito ai problemi strutturali, alle diseguaglianze, alla mancanza di pianificazione urbanistica e degrado ambientale come fattori principali di rischio per la salute umana (WHO 2012: 5), eppure, al fine di favorire un miglioramento della salute dei cittadini o il superamento della fase “acuta” di contagio, l’enfasi è tutta riposta sulla comprensione dell’altro e della sua differenza attraverso lo sviluppo della cosiddetta “competenza culturale” utile ad operare in determinati contesti, in modo da ridurre il malinteso, l’errore di valutazione che interferisce sul giusto comportamento (WHO 2012:6). Inoltre:

«Molti programmi di salute cercano di informare, educare, convincere le persone su cosa sia necessario fare, ma la maggior parte falliscono nel conseguimento di un reale impatto sul comportamento. Per colmare questa lacuna, COMBI si serve dell’esperienza acquisita nel settore privato e attinge al *modus operandi* delle ricerche di mercato che si sono dimostrate estremamente efficaci nell’influenzare il comportamento del consumatore» (WHO 2012: 10)¹¹.

Poi, nelle pagine seguenti, si riporta il seguente esempio:

Se durante una campagna di vaccinazione le persone non credono nell’efficacia del vaccino, affermare il contrario non cambierà il loro punto di vista: le persone devono essere spinte a rivedere le ragioni che le portano a trarre certe conclusioni. Ciò richiede il dialogo e l’esplorazione dei possibili motivi per i quali dovrebbero riconsiderare la vaccinazione come uno strumento di protezione di sé stessi, delle loro famiglie e della comunità (WHO 2012: 12)

È compito dell’antropologo dunque esplorare le ragioni dell’altro:

Gli antropologi medici e gli scienziati sociali possono offrire in certi casi un contributo speciale alla comprensione della dimensione socioculturale del modo di intendere e di gestire un’epidemia da parte della popolazione. Sono utili per ottenere informazioni di cruciale importanza (“*sensitive or critical information*”)

dalle comunità colpite, prendendo in considerazione la cultura, l’organizzazione sociale della comunità, l’importanza della parentela, della famiglia, delle relazioni e dei saperi locali (WHO 2012: 19).

In un altro passaggio si dice, in sostanza, che “molti concetti antropologici basilari” possono essere usati per massimizzare le strategie di comunicazione (WHO 2012: 67) al fine di raggiungere gli obiettivi che il COMBI si prefigge, ossia produrre un cambiamento nel comportamento delle persone che vivono in situazioni di rischio. Perciò, a testimonianza dell’importanza dei metodi di ricerca antropologica, è riportata un’intera sezione del manuale (WHO 2012: 67-101) in cui si espone con competenza, citando la relativa bibliografia di riferimento, il significato di concetti quali, ad esempio, “disease” e “illness”, “sistema medico”, “pluralismo medico”, “modello esplicativo”.

In primo luogo vorrei far notare, riprendendo il discorso di Ivo Quaranta (2012: 288), che il concetto di mutamento comportamentale poggia su un modello razionalistico dell’azione umana che concentra l’attenzione sull’individuo, per cui ne deriva che il comportamento è la risultante di un calcolo costi/benefici il quale, se ben compreso e valorizzato, porta all’adozione di nuove pratiche considerate adeguate, fomentando in tal modo l’illusione dell’approccio cognitivo-comportamentale come motore di riforma strutturale, proprio incidendo sulla “cultura locale”.

Oltre a ciò, vorrei sottolineare come la scelta di alcuni “concetti antropologici basilari” e l’esclusione di altri¹², su cui non mi soffermerò per ragioni di spazio, inseriti nel contesto in questione, concorrono ad esaltare la figura dell’antropologo nella sua veste essenzializzante di esperto di ciò che, in costante riferimento al binomio salute/malattia, potremmo chiamare genericamente “cultura”, riflettendo un certo atteggiamento paternalistico comune alle istituzioni trasnazionali o di cooperazione allo sviluppo. La produzione di un discorso che usa l’expertise dell’antropologo in modo miope e fuorviante produce quest’ulteriore illusione, ovvero una retorica culturalista la cui analisi sarebbe utile per svelare i rapporti neocoloniali di oggi (Colajanni 2008: 104-105) nelle ex colonie diventate paesi in via di “sviluppo”.

Ma quali sono le ripercussioni a livello locale di questa retorica? L’idea che sia necessario comprendere gli habitus (termine che, spesso, nel linguaggio comune è impropriamente considerato sinonimo di cultura)¹³ della popolazione per approfondire gli aspetti “socioculturali” della malattia e così arginare, nel caso in questione, la diffusione del virus del dengue, è ben consolidata nella letteratura scientifica, sebbene si riconoscano anche altri fattori ambientali ed infrastrutturali, a cui si imputa la dilagante espansione delle malattie trasmesse da vettori, quali ad esempio

la mancanza di un'efficiente rete idrica e fognaria, la raccolta irregolare di spazzatura, la crescita incontrollata delle periferie e la “favelizzazione” di molti spazi urbani. Tuttavia, pur riconoscendo le croniche carenze “infrastrutturali”, le ragioni della crescente espansione del virus vengono immancabilmente individuate all’interno di una certa “cultura” dell’abbandono e della noncuranza; o semplicemente nella “cultura” che impedisce la corretta valutazione del pericolo.

Per esempio, nei discorsi locali degli operatori sanitari, si tende spesso a “colpevolizzare” il singolo cittadino, come succede nel caso esposto di seguito, in cui si rimproverano coloro che, probabilmente a causa del mal funzionamento della rete idrica¹⁴, immagazzinano acqua nei recipienti che potrebbero essere pericolosamente invasi dalle larve delle zanzare:

Gran parte della colpa è della popolazione che non prende precauzioni [...] si vede ancora molta gente che accumula acqua in casa, in barili, in pentole [...] le persone lo fanno perché è la loro cultura (Agente di controllo sanitario, Fortaleza, riportato in Pessoa Santana 2012: 64).

La seguente affermazione è parte di questo repertorio di opinioni, che mettono in relazione la “cultura” con la diffusione del virus:

Tutto ciò viene dalla cultura. Per me, io penso che viene dalla cultura, il popolo è fatto così (Agente di controllo sanitario, Fortaleza, riportato in Pessoa Santana 2012: 65).

Si racchiude nel termine “cultura” ciò che del pensiero e delle condotte degli appartenenti alla comunità urbana non si riesce a comprendere e dunque a incasellare nell’ambito del comportamento virtuoso e utile alla lotta contro il dengue:

Quello che manca è che la popolazione prenda coscienza [...] di certo anche il comune deve fare la sua parte perché cercando di diminuire i casi [di dengue] ha messo in atto alcune strategie, e così la strategia ha portato la gente a rilassarsi...e adesso è difficile. Così fa l’essere umano, si adagia [...] È un fattore culturale. Credo che è un po’ la cultura brasiliiana di farsi del male, vero? Solo uno si preoccupa quando si trova a letto, malato. Perché a volte non è solo la fumigazione che risolve il problema del dengue, ma quello che risolve è l’educazione, cambiare comportamento, è il coinvolgimento della popolazione. Ah, io credo che molti nascono già così. La cultura, la cultura di cui sto parlando, non si riferisce solo al dengue, è la cultura del disinteresse, di non essere mai allerta... (personale sanitario, in Reis et al. 2013: 520).

Questo linguaggio lascia intendere una sorta di opposizione tra “cultura” e “cittadinanza”, per cui:

la soluzione è dare maggiori possibilità e migliori condizioni agli operatori che, insieme all’educazione scolastica, propizino una discussione e una riflessione per otte-

nere un cambiamento nella cultura e, oltre a ciò, è giusto osservare le difficoltà che gli agenti incontrano a lavorare con le persone la questione della corresponsabilità (Agente comunitario di salute, Fortaleza, riportato in Ponte Carneiro de Matos 2012: 87).

Insieme all’educazione, la partecipazione, intrinseca al concetto di “corresponsabilità” del cittadino che accetta di collaborare con i funzionari statali e di seguire le regole per prevenire il contagio, costituisce la misura necessaria per modificare quelle pratiche quotidiane messe in atto dalla popolazione a detrimento della salute del singolo e della comunità.

Riemerge così la deriva “behaviorista” della promozione della salute (peraltro messa chiaramente in luce dal manuale COMBI prima menzionato), la cui tendenza alla “colpevolizzazione” della popolazione oggetto degli interventi sanitari (il cosiddetto *“blaming the victims”*) è stata teoricamente superata introducendo, a partire dalla conferenza di Alma Ata (1978) e dalla carta di Ottawa (1986), il concetto di “*empowerment*” e di rafforzamento della partecipazione comunitaria nella promozione della salute (Carvalho 2004: 1089)¹⁵. Nel caso specifico delle epidemie e delle malattie endemiche, la partecipazione ha ricoperto un ruolo sempre più centrale, trattandosi di fenomeni che implicano il coinvolgimento della collettività (Briceño León 1998: 142).

Per esempio, a partire dalle epidemie di dengue di Rio de Janeiro degli anni Ottanta, si osservano diverse forme di partecipazione che si succedettero nell’ambito dei movimenti popolari (Oliveira 1998). In quegli anni, la Divisão Nacional de Educação em Saúde (DNES) del Ministério da Saúde riformulò i propri obbiettivi cavalcando l’onda della ridemocratizzazione della società brasiliiana. La partecipazione fu intesa come una pratica sociale che doveva incidere sulla coscienza critica dei cittadini, per cui gli individui e la comunità dovevano acquisire gli strumenti concettuali adatti alla “trasformazione” della propria “realtà”, nel rispetto dell’universo culturale locale (Duarte Acioli & Freese de Carvalho 1998: 60). Tuttavia, come sottolinea Briceño León (1998: 144), la partecipazione può rappresentare una specie di complemento alle funzioni dello Stato, nel momento in cui si riconosce la sua incapacità di risolvere determinati problemi “emergenziali”.

Per il governo, la mobilitazione comunitaria aveva un obbiettivo “educativo” da portare avanti mediante l’adozione da parte della collettività e dei singoli di una serie di comportamenti considerati virtuosi, che avrebbero condotto ad un miglioramento degli indici di morbi-mortalità in molte aree del paese. Le parole chiave del cambiamento erano, dunque, “educazione popolare”, “educazione di massa” e “ricerca-partecipativa” (Duarte Acioli & Freese de Carvalho 1998: 61).

Il discorso popolare del cittadino comune implicato in progetti di controllo del virus del dengue si struttura a partire dalle attività “educative” o di mobilitazione intraprese localmente ed esprime un conflitto tra la realtà vissuta dagli abitanti e l’incorporazione del messaggio istituzionale, penetrato sia attraverso le campagne di sensibilizzazione, sia mediante l’azione di controllo e vigilanza domestica degli operatori sanitari¹⁶, come abbiamo potuto rilevare dai frammenti di intervista riportati in precedenza.

Gli abitanti delle aree urbane meno favorite dagli investimenti infrastrutturali municipali, in genere, sono pervasi da un sentimento di impotenza rispetto alle proprie condizioni di vita (Scheper Hughes 1992; Soares de Freitas 2003), ben descritto, per esempio, nell’articolo di Oliveira e Valla (2001). Questi autori, andando oltre i concetti spesso strumentalizzati di “cultura” ed “educazione”, o la stereotipizzazione della “comunità immaginata” come entità omogenea, naturalmente vocata alla cooperazione e alla solidarietà, descrivono le azioni intraprese nella regione di Rio de Janeiro, durante le epidemie di dengue susseguitesi fra il 1986 e il 1991.

La criticità della situazione spinse gli abitanti delle *favelas* oggetto di studio a protestare per il mancato miglioramento della rete idrica, tuttavia essi si scontrarono ben presto con l’impossibilità di ricevere i servizi richiesti e con gli interessi e i giochi di potere interni alla *favela*, dominata dai narcotrafficanti. Le azioni individuali o di gruppo erano peraltro gravemente ostacolate dalle politiche pubbliche, storicamente orientate alla soddisfazione dei settori più abbienti della società (Oliveira & Valla 2001: 79) e che, perpetrando l’esclusione sociale e politica di una certa tipologia di cittadini, aumentarono anche la possibilità che essi contraessero il dengue.

“Dobbiamo rischiare, non possiamo rimanere senz’acqua, abbiamo dei bambini” afferma uno degli abitanti della regione di Leopoldina (Oliveira & Valla 2001: 84). Ciò indurrebbe a intendere il rischio non come il riflesso della mancanza di responsabilità o di “educazione” sanitaria, bensì, come fanno notare gli stessi autori, come il risultato dell’impossibilità di scegliere un’altra modalità di agire sulla propria realtà.

Molti programmi sanitari sono formulati senza che previamente si sia acquisita alcuna familiarità con la popolazione coinvolta. L’ineluttabile esperienza quotidiana del rischio, sperimentata da una parte consistente degli abitanti delle aree più vulnerabili del paese, è invece spesso interpretata dai ricercatori, gli accademici, i politici e lo Stato come un segno di apatia, demotivazione e passività (Duarte Acioli & Freese de Carvalho 1998: 66). La non aderenza alle direttive programmatiche dell’“educazione alla salute” o la mancanza di partecipazione sono general-

mente considerati dalle istituzioni come sintomi di “deficienza cognitiva” o di “ritardo culturale” collettivo (Duarte Acioli & Freese de Carvalho 1998: 67) a causa dei quali, sebbene si riconosca che la popolazione è ben informata sui rischi e pericoli del virus (Chiaravalloti Neto et al. 1998: 102; 2003: 1747; Donalísio Alves Visockas 2001; Lefévre et al. 2004; Claro et al. 2004; Rangel-S 2008), questa non sembra poi prendere provvedimenti. Eludendo in sostanza qualsiasi forma di critica strutturale alle condizioni che determinano il disagio e la malattia della popolazione, la soluzione indicata dalle numerose campagne di sensibilizzazione contro il dengue susseguitesi negli ultimi anni percorre la strada del maggiore coinvolgimento e della presa di coscienza da parte della popolazione, in merito ai rischi inerenti al contagio del virus.

Agency, empowerment ed etnografia: l’antropologo come figura chiave della governamentalità

Prendiamo ad esempio lo slogan della campagna 2012/2013 contro la diffusione del virus del dengue, che recita come segue: “*Dengue, se agisci, si può evitare. Il Brasile conta su di te*”. Si tratta, come spiega il Ministero della salute brasiliano, di un messaggio attraverso il quale si vuole promuovere un cambio nel comportamento individuale del cittadino. Esso restituisce l’immagine di un individuo capace di “agire”, la cui agentività si costituisce a priori, come fosse semplicemente un tratto psicologico della sua personalità, che prescinde dal contesto di riferimento.

Così inteso, il concetto di agentività diventa una specie di cavallo di Troia all’interno di parole come “educazione”, “mobilitazione comunitaria”, “partecipazione”, che darebbero luogo al cosiddetto “*empowerment*”¹⁷ di un soggetto appartenente a quella parte della popolazione che è colpita dalle cosiddette malattie della “povertà” e limitata nell’agire da una lunga serie di ostacoli la cui risoluzione va ben oltre il suo raggio d’azione¹⁸.

Se, da un lato, il dispositivo di controllo istituzionale sembra avere proprio l’obiettivo di spostare l’attenzione dall’inefficacia delle politiche sanitarie alla dimensione esclusivamente individuale e privata del cittadino, dall’altro, nell’incontro delle scienze sociali con le scienze dure viene esaltata una visione “culturalista” dei fatti sociali, che peraltro diviene un efficace strumento per spiegare ed eventualmente giustificare il fallimento di certi programmi governativi o sovranazionali di prevenzione e promozione della salute, circoscrivendo l’analisi all’interpretazione locale, privata del disagio.

Ma quale antropologo è disposto ad esporsi ai pericoli e alle strumentalizzazioni di questa “violenza epistemica”, come la definisce Spivak

(2004: 143), che impedisce di cogliere il senso e le ragioni dell'indolenza della popolazione, della sua mancanza di volontà di miglioramento della propria condizione, del suo soccombere passivamente alla malattia e alla miseria?

Come sottolinea Ortner (2006), le persone non sono mai completamente libere di agire, come se vivessero in un *vacuum* sociale. Esse non hanno il pieno potere di governare le proprie azioni per ottenere i risultati desiderati (Ortner 2006: 151-152), poiché l'agentività è il prodotto di una continua negoziazione fra l'esistere e le condizioni della propria esistenza strutturata in base a precise coordinate socioculturali e politiche, che appaiono all'interno e sullo sfondo dell'esperienza vissuta. In tale cornice, l'idea di agentività diventa utile per mettere in luce il modo in cui la responsabilità sociale delle istituzioni invade la sfera privata del cittadino, "smascherando" il modo in cui le politiche di sanità pubblica pretendono di esaurire il proprio mandato di miglioramento delle condizioni di salute dei cittadini attraverso il solo fomento della partecipazione popolare.

Proprio in questo scenario, gli antropologi acquistano un ruolo rilevante come figure chiave di una forma di "governamentalità" (Foucault 2010) mirata alla produzione e alla definizione di una nuova tipologia di cittadino.

In *Sicurezza, territorio, popolazione* (Foucault 2010), la comunità è vista come una "naturale" congregazione di persone la cui economia, vita biologica e sociale è, in chiave biopolitica, regolamentata dallo Stato. Questo concetto di comunità è diffuso all'interno degli organismi sovranazionali di governo. Per cui, seguendo il pensiero di Foucault, la popolazione diviene non un soggetto politico, bensì il naturale oggetto della governamentalità, che opera non sulla collettività, ma sui singoli individui attraverso la regolamentazione di disposizioni biopolitiche, come ad esempio il controllo delle malattie e delle epidemie o la prescrizione di comportamenti "virtuosi" e funzionali alla riproduzione di una determinata struttura sociale. Gli Stati post-coloniali sono continuamente attraversati da discorsi sulla salute pubblica, lo sviluppo e la gestione delle risorse locali che assumono in molti casi la funzione di dispositivi biopolitici utili a rimuovere quei teorici "ostacoli" tra il presente e la modernità¹⁹.

Da un punto di vista antropologico, la sfida è proprio quella di analizzare il modo in cui questi "ostacoli", rischi e pericoli siano storicamente e culturalmente costruiti, innescando allo stesso tempo un processo mediante il quale si sottopone a critica il modo in cui le scienze dure considerano i propri risultati "oggettivi" e "naturali", o si servono dei "risultati" della ricerca etnografica per avallare una determinata "interpretazione delle culture".

I grandi numeri e la percezione locale del rischio

Per arginare la trasmissione del virus del dengue, la popolazione brasiliana è divenuta oggetto di una moltitudine di campagne sanitarie in cui basicamente si è chiamati a rispondere in modo scolastico a domande quali, ad esempio: “Cos’è il dengue? Come si trasmette? Quali sono i sintomi?”²⁰. Si ottiene così un discorso artificioso, estraneo alla comprensione delle necessità quotidiane delle persone, avulso dalle loro priorità. Queste modalità di ricerca, preludio in genere di un intervento sulla realtà studiata, restituiscono un’idea di “trasparenza” e di neutralità che l’antropologia da tempo ha contribuito a smantellare (Martínez Hernández 2000: 12-13).

Oltre al dengue, innumerevoli minacce si presentano presso le popolazioni disagiate delle periferie urbane delle metropoli brasiliane e – in qualità di antropologi impegnati nella promozione e nel miglioramento della salute dei beneficiari dei programmi governativi, sovranazionali e transdisciplinari – abbiamo bisogno di individuare quali logiche orientino l’azione o l’immobilità della popolazione.

Come dialogare in questi progetti con le altre discipline, con le scienze dure, adesso che il nostro ruolo è sempre più visibile e riconosciuto? Attraverso quale linguaggio non quantificabile è possibile mostrare le criticità intrinseche a un mondo complesso e in continuo mutamento, animato da un crogiolo di interessi politici contrapposti alle istanze sociali predominanti?

La lente di ingrandimento del metodo etnografico è uno strumento utile per declinare o, riprendendo il termine usato in Parker e Harper (2006: 2), “riconfigurare” localmente il significato dei grandi numeri, facendo emergere la pretesa che l’approccio scientifico ha di oggettivare una determinata realtà. Emergerebbe altresì la funzione attribuita alla sola evidenza dei grandi numeri di “produrre” un problema e, fatto non secondario, indirizzare le risorse, originando così da un lato una cesura col micro-contesto sociale e, dall’altro, obliterando l’immagine di una realtà culturalmente costruita.

Conclusione: spunti per un’antropologia della vulnerabilità, del rischio e della responsabilità

Quello che gli esperti definiscono rischio reale o “oggettivo” molto spesso è incompatibile con le rappresentazioni locali del pericolo (Lupton 1999; Lupton & Tulloch 2002). Come sottolineano Suarez et al. (2006: 147), per determinare cosa sia il “rischio” si formulano studi probabilistici che irrompono nella vita quotidiana delle persone a prescindere

dalla comprensione delle razionalità e delle logiche che sono alla base del concetto stesso. Tali studi frequentemente confliggono con la realtà per come essa è sentita e vissuta dalla comunità, ovvero, la salute pubblica si confronta costantemente con le divergenze tra il sapere esperto che essa produce e amministra e il sapere locale, dando luogo a una serie di interventi i cui obiettivi sono inconsistenti o incoerenti per la popolazione. Si badi al fatto che questo discorso è di natura opposta a quello, apparentemente simile, sviluppato nel manuale dell'OMS presentato all'inizio, il quale, pur lasciando ampio spazio all'interpretazione locale della malattia e del contagio, proponeva un'analisi che in fin dei conti era funzionale al raggiungimento di un obiettivo stabilito a priori, a prescindere dalla comunità. La percezione locale, la "cultura" non erano assolutamente in grado di mettere in discussione la necessità dell'intervento e i presupposti dell'azione preconizzata nel manuale (si ricordi l'esempio del vaccino).

Torniamo ora al tema della partecipazione popolare e dell'*empowerment*, in relazione alle strategie di controllo della diffusione del dengue, nei contesti urbani marginali del Brasile, dominati dalla violenza quotidiana, dalla precarietà e dalla privazione.

Le persone che abitano le favelas, senz'altro fecondi terreni di riproduzione delle zanzare portatrici del virus, potrebbero considerare la possibilità di contrarre il dengue come un "rischio accettabile" in comparazione con le altre minacce più visibili e traumatiche della vita di ogni giorno. Al dengue, questa tipologia di cittadini potrebbe riservare uno spazio trascurabile nella formulazione della propria gerarchia dei pericoli, per cui dovremmo chiederci in che termini la violenza quotidiana in un contesto disagiato sia capace di modificare i parametri biomedici sul concetto di rischio²¹. Perciò, anche nel caso di una malattia trasmessa mediante vettore, non dovremmo isolare i dati corrispondenti al virus del dengue dagli altri indicatori di morbi-mortalità inquadrati all'interno di uno scenario socio-politico concreto.

Lupton (1999: 104) chiama "soggettività del rischio" quelle "forme attraverso cui la gente costruisce il proprio sapere sul rischio nel contesto della propria vita quotidiana". Come sottolinea l'autrice, è fondamentale comprendere il peso relativo attribuito alla salute in confronto con altri rischi sociali e il modo in cui gli individui negoziano l'esperienza del rischio, ossia in che termini reagiscono alle proprie percezioni. Se usato per indagare la visione locale del concetto di "vulnerabilità", la quale influenza la capacità di "agire" del soggetto e la sua volontà di "partecipare", il metodo etnografico, nelle sue diverse declinazioni metodologiche, diviene il fondamento dell'antropologia della vulnerabilità, del rischio e della responsabilità (Nichter 2006: 110).

In quei contesti in cui la violenza, l’insicurezza, il narcotraffico, lo stigma sociale, l’abbandono dello Stato e la corruzione costituiscono i principali ostacoli per il benessere del cittadino, o quando si è assediati dalla fame, dalla mancanza d’acqua, dalla disoccupazione e dai conflitti sociali, la sopravvivenza diventa la preoccupazione centrale (Abélès 2006), per cui essa delinea i margini entro i quali gli individui possono esercitare la propria agentività.

In tale prospettiva, formulare sul campo una “biografia del rischio” (Nichter 2006: 120) o una “gerarchia del rischio” (Nichter 2008: 60), così come questo è percepito dalla popolazione, potrebbe essere una strategia “controegemonica”, che parte dal basso, più aderente alle realtà locali, attraverso la quale misurare il grado di efficacia di un progetto e la coerenza dei suoi obiettivi, che avranno ovviamente ripercussione sulla partecipazione delle persone implicate negli interventi sanitari di prevenzione e controllo.

Perciò, quando la popolazione non partecipa, abbiamo il diritto di privilegiare i grandi numeri registrati dall’OMS rispetto alle percezioni e le priorità locali? Non è forse questa un’altra forma “gentile” di violenza simbolica e strutturale? Dovremmo “riconfigurare” i termini entro i quali il dengue acquisisce priorità nelle politiche nazionali e sovranazionali di sanità pubblica?

Note

1. Il nome del progetto è: *Empowering communities for dengue control. An ecohealth analysis and an integrated approach in Fortaleza, Brazil* (A90295).

2. Vedi, per esempio: Charron 2012; Waltner-Toews 2001.

3. Più precisamente, il progetto per il quale sono stata chiamata a dare il mio specifico contributo è stato formulato a partire da quello menzionato in precedenza e si intitola *Percepção e representação social da doença do dengue na população feminina residente na área urbana e peri-urbana de Fortaleza*, finanziato nell’ambito del programma “Atração de Jovens Talentos (004/2012)/Programa Ciência sem Fronteiras MEC/MCTI/CAPES/CNPq/FAPs N° 60/2011”. La mia partecipazione dunque è prevista in entrambi i progetti.

4. Vedi Ministério de Saúde, Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue & Brasilia 2009; Espino, Koops, Manderson 2004; si veda anche WHO 2012.

5. In questa sede non è possibile accennare alla critica, pertinente al discorso sin qui sostenuto, del concetto di “interculturalità” come espediente utile a superare quelle barriere fra medico e paziente che in molti casi sono considerate una sorta di ingenuo malinteso “culturale”, mascherando le ragioni strutturali del malfunzionamento dei servizi di salute, le diseguali relazioni di potere che agiscono all’interno del consultorio medico o nella promozione o “educazione” alla salute, soprattutto in contesti marginali. A proposito, per un panorama generale sull’argomento in area latinoamericana, rimando a: Fernández Juárez 2006, 2009.

6. Vedi anche Martínez Hernández 2000.

7. Vedi anche Nguyen & Peschard 2003.

8. Vedi Parker & Harper 2006: 2.
9. Vedi Rylko-Bauer, Whiteford & Farmer 2009.
10. Per informazioni aggiornate sui vettori responsabili del contagio, per una accurata descrizione epidemiologica e per una panoramica dettagliata sulla storia e sulla diffusione attuale del virus del dengue vedi Murray et al. 2013.
11. La traduzione dall'inglese di questa ed altre parti del manuale in questione, così come dei frammenti di interviste dal portoghese, è mia.
12. Rimando ad esempio a Young 2006.
13. Vedi Reis et al. 2013: 522.
14. Vedi, per esempio, Oliveira & Valla 2001: 82; Caprara et al. 2009.
15. A mio avviso, la corrente “behaviorista” risorge sotto le mentite spoglie del concetto di *empowerment* e partecipazione comunitaria, strumentalizzando l'insegnamento del grande pedagogo brasiliano Paulo Freire (1981), il quale intende il mutamento culturale come un processo di critica e di allontanamento dai modelli sociali dell'oppressore, incorporati dalle classi popolari sfruttate e sottomesse. Pur non avendo perso il suo messaggio attuale e rivoluzionario, questo discorso spesso è presentato in modo decontestualizzato e non aderente ai cambiamenti sociali, politici ed economici che stanno attraversando il Brasile contemporaneo.
16. Vedi in proposito Duarte Acioli & Freese de Carvalho 1998.
17. Per approfondire il concetto di *empowerment* in relazione alla “promozione della salute” nel contesto brasiliano vedi Carvalho 2004.
18. Per esempio, la “mala unión”, concetto emerso nel contesto dominicano studiato da Whiteford (1997), ben illustra la mancanza di volontà politica e di reale presa in carico delle disagiate condizioni di vita dei beneficiari dei programmi governativi di lotta al dengue.
19. Il discorso sulla “governamentalità” ripreso dall'opera citata di Foucault (2010) si richiama anche ad un intervento presentato da Armando Cutolo nell'ambito del seminario di studi “Resistere al biopotere. La violenza e i linguaggi dell'antropologia”, Università degli Studi di Pisa, 13-14 settembre 2012. vedi anche Cutolo 2011: 103-106.
20. Vedi il paragrafo “Resultados” in Lefévre et al. 2004: 408-412.
21. Vedi Trostle, Sommerfeld 1996: 260; Suárez et al. 2006.

Bibliografia

- Abélès, M. 2006. *Politique de la survie*. Paris: Flammarion.
- Acioli, M. & E. Carvalho 1998. Discursos e práticas referentes ao processo de participação comunitária nas ações de educação em saúde: As ações de mobilização comunitária do PCDEN/PE. *Cadernos de Saúde Pública*, 14, 2: 59-68.
- Briceño-León, R. 1998. El contexto político de la participación comunitaria en América Latina. *Cadernos de Saúde Pública*, 14, 2: 141-147.
- Câmara, F.P. et al. 2007. Estudo retrospectivo (histórico) da dengue no Brasil: características regionais e dinâmicas. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 40, 2:192-196.
- Caprara, A. et al. 2009. Irregular water supply, household usage and dengue: a bio-social study in the Brazilian Northeast. *Cadernos de Saúde Pública*, 25, 1: 125-136.
- Carvalho, S. R. 2004. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 4: 1088-1095.

- Charron, D. F. (a cura di) 2012. *Ecohealth research in practice. Innovative applications of an ecosystem approach to health*, Springer/International Development Research Centre, Ottawa.
- Chiavallotti Neto, F. et al. 1998. Avaliação dos resultados de atividades de incentivo à participação da comunidade no controle da dengue em um bairro periférico do Município de São José do Rio Preto, São Paulo, e da relação entre conhecimentos e práticas desta população. *Cadernos de Saúde Pública*, 14, 2: 101-109.
- Chiavallotti Neto, F. et al. 2002. Avaliação sobre a adesão às práticas preventivas do dengue: o caso de Catanduva, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 18, 5: 1321-9.
- Chiavallotti Neto, F. et al. 2003. Controle do vetor do dengue e participação da comunidade em Catanduva, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, 6: 1739-49.
- Claro, L.B.L. et al. 2004. Prevenção e controle do dengue: uma revisão de estudos sobre conhecimentos, crenças e práticas da população. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 6: 1447-57.
- Colajanni, A. 2008. “Note sulla sostenibilità culturale dei progetti di sviluppo, in Subire la cooperazione. Gli aspetti critici dello sviluppo nell’esperienza di antropologi e cooperanti”, in *Atti della Giornata di Studio – Siena, Palazzo della Provincia, 15/12/2007*, a cura di Zanotelli, F. & F. Lenzi Grillini, pp. 101-124. Catania: Ed.it.
- Cozzi, D. (a cura di) 2012. *Le parole dell’antropologia medica. Piccolo dizionario*. Perugia: Morlacchi Editore University Press.
- Cutolo, A. 2011. “Autoctonia, cittadinanza e politiche della vita in Africa”, in *Saperi antropologici. Media e società civile nell’Italia contemporanea, Atti del 1º convegno nazionale Anuac, 29-31 maggio 2008*, a cura di Faldini, L. & E. Pili, pp. 99-115. Matera: CISU.
- Donalísio, M.R., Alves, M.J.C. & A. Visockas 2001. Inquérito sobre conhecimentos e atitudes da população sobre a transmissão da dengue – região de Campinas, São Paulo, Brasil, 1998. *Revista Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 34, 2:197-201.
- Duarte Acioli, M. & E. Freese de Carvalho 1998. Discursos e práticas referentes ao processo de participação comunitária nas ações de educação em saúde: as ações de mobilização comunitária do PCDEN/PE. *Cadernos de Saúde Pública*, 14, 2: 59-68.
- Espino, F., Koops, V. & L. Manderson 2004. *Community participation and tropical disease control in resource poor-setting*, WHO-TDR/STR/SEB/ST.
- Faldini, L. & E. Pili (a cura di) 2008. *Saperi antropologici. Media e società civile nell’Italia contemporanea, Atti del 1º convegno nazionale Anuac, 29-31 maggio 2008*. Matera: CISU.
- Farmer, P. 2004. Anthropology of Structural Violence. *Current Anthropology*, 45, 3: 305-325.
- Farmer, P. 1999. *Infections and inequalities: the modern plague*. Berkeley: University of California Press.
- Farmer, P., Nizeye, B., Stulac, S. & S. Keshavjee 2006. Structural violence and clinical medicine. *PLoS Medicine*, 3, 10: 1686-91.

- Fassin, D. 1996. *L'Espace Politique de la Sante. Essai de Genealogie*. Paris: Presses Univ. France.
- Fernández Juárez, G. (a cura di) 2006. *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: Abya-Yala.
- Fernández Juárez, G. (a cura di) 2009. *Salud e interculturalidad en América Latina. Prácticas quirúrgicas y pueblos originarios*. Quito: Abya-Yala.
- Foucault, M. 2010. *Sicurezza, territorio, popolazione. Corso al College de France (1977-1978)*. Milano: Feltrinelli.
- França, E., Abreu, D. & M. Siqueira 2004. Epidemias de dengue e divulgação de informações pela imprensa. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20, 5: 1334-1341.
- Franklin, S. 1995. Science as culture, cultures of Science. *Annual Review of Anthropology*, 24: 163-84.
- Freire, P. 1981. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 9^a ed.
- Lefèvre, F. et al. 2004. Representações sociais sobre relações entre vasos de plantas e o vetor da dengue. *Revista de Saúde Pública*, 38, 3: 405-14.
- Lupton, D. 1999. *Risk*. London: Routledge.
- Lupton, D. & J. Tulloch 2002. Life Would Be Pretty Dull without Risk': Voluntary Risk-Taking and Its Pleasures. *Health, Risk and Society*, 4, 2: 113-123.
- Martínez Hernández, A. 2000. Rendere visibile l'invisibile. L'antropologia e la trasparenza del potere biomedico. *AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 9-10: 9-34.
- Ministério de Saúde, 2009. *Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue*, Brasilia.
- Murray, N.E.A., Quam, M.B. & A. Wilder-Smith 2013. Epidemiology of dengue: past, present and future prospects. *Clinical Epidemiology*, 5: 299-309.
- Nguyen, V. & K. Peschard 2003. Anthropology, inequality, and disease: a review. *Annual Review of Anthropology*, 32: 447-74.
- Nichter, M. 2006. Reducción del daño: una preocupación central para la antropología médica. *Desacatos*, 20: 109-132.
- Nichter, M. 2008. *Global health: why cultural perceptions, social representations and biopolitics matters*. University of Arizona Press.
- O'Driscoll, E. 2009. Applying the 'Uncomfortable Science': the Role of Anthropology in Development. *Durham Anthropology Journal*, 16, 1: 13-21.
- Oliveira, R.M. 1998. A dengue no Rio de Janeiro: repensando a participação popular em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 14, 2: 69-78.
- Oliveira, R.M. & V. Valla 2001. As condições e as experiências de vida de grupos populares no Rio de Janeiro: repensando a mobilização popular no controle do dengue. *Cadernos de Saúde Pública*, 17: 77-88.
- Ortner, S. 2006. *Anthropology and social theory. Culture, power, and the acting subject*. Duke University Press.
- Parker, M. & I. Harper 2006. The anthropology of public health. *Journal of Biosocial Science*, 38: 1-5.
- Pavanello, M. 2010. *Fare Antropologia*. Bologna: Zanichelli.
- Penna, M. L. 2003. Um desafio para a saúde pública brasileira: o controle do dengue. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, 1: 305-309.

- Pessoa Santana, R. 2012. *Subir escadas, tirar telhas, descer poços: análise do trabalho dos agentes de controle a endemias no cenário da dengue através da abordagem eco-bio-social.* Tesi di master presentata nell’ambito del Master in Salute Pubblica della Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza.
- Pinto Dias, J. C. 1998. Problemas e possibilidades de participação comunitária no controle das grandes endemias no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 14, 2: 19-37.
- Ponte Carneiro de Matos, A. 2012. *Do conhecimento à ação: prevenção e controle da dengue com base nas diretrizes da ecosaúde.* Tesi di master presentata nell’ambito del Master in Salute Pubblica della Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza.
- Quaranta, I. (a cura di) 2006. *Antropologia medica. I testi fondamentali.* Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Quaranta, I. 2012. “Sofferenza sociale e violenza strutturale”, in *Le parole dell’antropologia medica. Piccolo dizionario*, a cura di D. Cozzi, pp. 285-299. Perugia: Morlacchi Editore University Press.
- Rangel-S, M. L. 2008. Dengue: educação, comunicação e mobilização na perspectiva do controle - propostas inovadoras. *Interface*, 12, 25: 433-41.
- Reis, C. B. et al. 2013. Aliados do A. Aegypti: fatores contribuintes para a ocorrência do dengue segundo as representações sociais dos profissionais das equipes de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18, 2: 517-526.
- Rylko-Bauer, B., Whiteford, L. & P. Farmer (a cura di) 2009. *Global Health in Times of Violence.* Santa Fe: School for Advanced Research Press.
- Scheper-Hughes, N. & P. Bourgois (a cura di) 2004. *Violence in war and peace: an anthology.* Oxford: Blackwell.
- Scheper-Hughes, N. 1992. *Death without weeping. The violence of everyday life in Brazil.* University of California Press.
- Soares de Freitas, M. 2003. *Agonia da Fome.* Salvador-Rio de Janeiro: Editora Fiocruz-Edufba.
- Spivak, G. 2004. *Critica della ragione postcoloniale.* Roma: Meltemi.
- Suarez, R., Beltrán, E. M. & T. Sánchez 2006. El sentido del riesgo desde la antropología médica: consonancias y disonancias con la salud pública en dos enfermedades trasmisibles. *Antípoda*, 3: 123-154.
- Tauil, P. L. 2001. Urbanização e ecologia do dengue. *Cadernos de Saúde Pública*, 17:99-102.
- Teixeira, M. G. et al. 2009. Dengue: twenty-five years since reemergence in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25, 1.
- Trostle, J. A. & J. Johannes Sommerfeld 1996. Medical anthropology and epidemiology. *Annual Review of Anthropology*, 25: 253-74.
- Waltner-Toews, D. 2001. An ecosystem approach to health and its applications to tropical and emerging diseases. *Cadernos de Saúde Pública*, 17: 7-36.
- Whiteford, L. 1997. The ethnoecology of dengue fever. *Medical Anthropology Quarterly*, 11, 2: 202-223.
- WHO 2012. *Communication for Behavioural Impact (COMBI). A toolkit for behavioural and social communication in outbreak response.*
- Young, A. 2006. “Antropologie della “illness” e della “sickness””, in *Antropologia medica. I testi fondamentali*, a cura di I. Quaranta, pp. 107-14. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Zanotelli, F. & F. Lenzi Grillini (a cura di) 2008. *Subire la cooperazione. Gli aspetti critici dello sviluppo nell'esperienza di antropologi e cooperanti, Atti della Giornata di Studio – Siena, Palazzo della Provincia, 15/12/2007.* Catania: ED.IT.

Riassunto

In questo lavoro, analizzo un aspetto molto dibattuto nella letteratura scientifica specializzata, soprattutto brasiliana, che, in sintesi, è definito come una sorta di non compliance della popolazione alle direttive impartite per il controllo del vettore del dengue, pur riscontrando in genere un alto grado di conoscenze relative al contagio. Esamino inoltre in che modo le scienze antropologiche e l'approccio di ricerca etnografico siano stati chiamati in causa nei programmi di promozione della salute sviluppati nei diversi contesti analizzati, constatando il coinvolgimento crescente della figura dell'antropologo quando sul campo si esplora il significato locale della malattia, del contagio e le sue modalità di riproduzione, e problematizzando allo stesso tempo l'uso e l'abuso del termine "cultura". Concludo proponendo di riconsiderare una delle questioni cruciali che emerge dalla bibliografia considerata, ovvero la mancata partecipazione della popolazione alle politiche sanitarie di controllo del dengue, alla luce di un'antropologia della vulnerabilità, del rischio e della responsabilità.

Parole chiave: Antropologia, dengue, politiche sanitarie, violenza strutturale, agentività, rischio.

Abstract

In this article, I explore a very debated theme in scientific literature (in particular Brazilian) which describes, in synthesis, population's noncompliance to dengue vector control policies, despite people usually show a high degree of knowledge about the contagion. I also consider how the anthropological sciences and the ethnographic research approach have been called into question in health promotion programs developed in the different contexts analyzed. This allows me to shed light on the growing involvement of anthropologists who are called to explore, in the local contexts, the meaning of the disease, of the infection and its mode of reproduction, and to point out the use and abuse of the term "culture" in such scenarios. In the conclusion, I propose to explain one of the main concerns emerged from literature, namely the lack of population's participation to dengue control policies, in the light of an anthropology of vulnerability, risk and responsibility.

Key words: Anthropology, dengue, health policies, structural violence, agency, risk.