

Críticas e atuantes:

ciências sociais e humanas em saúde na América Latina

Maria Cecília de Souza Minayo

Carlos E. A. Coimbra Jr.

Orgs.

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

MINAYO, MCS., and COIMBRA JR, CEA., orgs. *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. 708 p. ISBN 85-7541-061-X. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

CRÍTICAS --- **E** **ATUANTES**

Ciências Sociais e Humanas
em Saúde
na América Latina

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Presidente

Paulo Marchiori Buss

Vice-Presidente de Ensino,
Informação e Comunicação

Maria do Carmo Leal

EDITORA FIOCRUZ

Coordenadora

Maria do Carmo Leal

Conselho Editorial

Carla Macedo Martins

Carlos E. A. Coimbra Jr.

Charles Pessanha

Gilberto Hochman

Jaime Larry Benchimol

José da Rocha Carneiro

José Rodrigues Coura

Luis David Castiel

Luiz Fernando Ferreira

Maria Cecília de Souza Minayo

Miriam Struchiner

Paulo Amarante

Paulo Gadelha

Vaniçe Macêdo

Coordenador Executivo

João Carlos Canossa P. Mendes

CRÍTICAS --- E ATUANTES

Ciências Sociais e Humanas
em Saúde
na América Latina

Maria Cecília de Souza Minayo
Carlos E. A. Coimbra Jr.
Organizadores



Copyright © 2005 dos autores
Todos os direitos desta edição reservados à
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ / EDITORA

ISBN: 85-7541-061-X

Capa, projeto gráfico e editoração eletrônica
Carlota Rios

Revisão e copydesk
Irene Ernest Dias

Revisão de textos em espanhol
Juan Carlos Ciccolella

Catologação-na-fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

M663c Minayo, Maria Cecília de Souza (org.)
 Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na
 América Latina. / Organizado por Maria Cecília de Souza Minayo
 e Carlos E. A. Coimbra Júnior. Rio de Janeiro : Editora FIOCRUZ,
 2005.
 708 p., il., tab., graf.

 1.Ciências sociais. 2.Política de saúde. 3.Reforma do estado.
 4.Juстиça social. 5.Problemas sociais. I.Coimbra Júnior, Carlos
 E. A. (org). II.Título.

CDD - 20.ed. – 362.1

2005
EDITORA FIOCRUZ
Av. Brasil, 4.036 – Térreo – sala 112 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ
Tels: (21) 3882-9039 e 3882-9041
Telefax: (21) 3882-9006
e-mail: editora@fiocruz.br
<http://www.fiocruz.br>



AUTORES

Alexandra Bambas

*Doutora em Ética Médica e Saúde Pública, consultora da área de Equidade da Organização Mundial da Saúde e assessora do Global Equity Gauge - Alliance
lexi@hotmail.com*

Ana Amélia Camarano

*Economista, doutora em Estudos Populacionais, pesquisadora do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), Rio de Janeiro
aac@ipea.gov.br*

André de Faria Pereira Neto

*Historiador, doutor em Saúde Coletiva, pesquisador da Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro
pereiraneo@hotmail.com*

Benno de Keijzer

*Médico, antropólogo social e doutorando em Saúde Mental Comunitária, coordenador geral da ONG Salud y Género e professor do Mestrado em Psicologia e Desenvolvimento Comunitário, Universidad Veracruzana, México
bennodek@prodigy.net.mx*

Brani Rozemberg

*Bióloga, doutora em Saúde Pública/Antropologia da Comunicação e Educação em Saúde, pesquisadora do Centro de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro
branirozemberg@uol.com.br*

Carlos Cáceres Palácio

*Médico, psiquiatra, especialista em Sexualidade e Direitos Reprodutivos, doutor em Saúde Pública, professor da Universidade Cayetano Herédia, Lima
ccaceres@upch.edu.pe*

Carlos Everardo Coimbra Junior (organizador)

*Biólogo, mestre e doutor em Antropologia Médica, pesquisador titular da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro
carlos_coimbrajr@gb.com.br*

Carlos José Saldanha Machado

*Cientista social, mestre em Ciências da Engenharia de Produção, doutor em Sociologia, pesquisador da Casa de Oswaldo Cruz/Museu da Vida, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro
saldanha@coc.fiocruz.br*

Carlos Machado de Freitas

*Historiador, mestre em Engenharia de Produção, doutor em Saúde Pública, pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro
carlosmf@ensp.fiocruz.br*

Carlos Minayo Gómez

*Químico, mestre em Sociologia, doutor em Ciências, pesquisador titular da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro
minayogo@ensp.fiocruz.br*

Celia Maria de Almeida

*Médica, mestra em Medicina Social, doutora em Saúde Pública, pesquisadora e docente da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro
calmeida@ensp.fiocruz.br*

Celina Maria Modena

*Psicóloga, doutora em Ciências, pesquisadora visitante do Centro de Pesquisa René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte
celina@cpqrr.fiocruz.br*

Cláudia Maria Travassos

*Médica, mestra e doutora em Saúde Pública, pesquisadora do Centro de Informação e Comunicação em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz
claudia@cict.fiocruz.br*

Diego Armus

*Historiador, doutor em História, professor de História Latino-americana na Swarthmore College, Pennsylvania
darmus@swarthmore.edu*

Edinilsa Ramos de Souza

*Psicóloga, mestra em Saúde Pública e doutora em Ciências, pesquisadora do Centro Latino-americano de Estudos de Violência e Saúde (Claves/Ensp), da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro
edinilsa@claves.fiocruz.br*

Eduardo Luis Menéndez Spina
Antropólogo, mestre em Saúde Pública, doutor em Filosofia, Letras e Antropologia, professor e pesquisador do Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (Ciesas), México, D.F.
emenendez1@yahoo.com.mx

Eduardo Viana Vargas
Cientista social, mestre em Antropologia Social, doutor em Ciências Humanas, Sociologia e Política; pós-doutor em Sociologia da Inovação, professor de Antropologia do Departamento de Sociologia e Antropologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte
envargas@fafich.ufmg.br

Elizabeth Uchoa
Médica, doutora em Antropologia, pesquisadora titular do Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, professora do Departamento de Saúde Mental da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte
uchoae@cpqrr.fiocruz.br

Emilio Quevedo
Médico, especialista em Pediatria, doutor em Estudos Sociais das Ciências, professor e pesquisador do Centro de Historia de la Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá
equevedo@juval.com

Esther Jean Langdon
Socióloga e antropóloga, mestra e doutora em Antropologia, pós-doutora em Literatura Oral, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis
estherjeanbr@yahoo.com.br

Everardo Duarte Nunes
Cientista social, doutor em Ciências, professor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas
evernunes@uol.com.br

Francisco Inácio Pinkusfeld M. Bastos
Médico, psiquiatra, doutor em Saúde Pública, pesquisador titular do Centro de Informação e Comunicação em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro
bastos@cict.fiocruz.br

Graciela Silvia Biagini
Socióloga, doutoranda em Ciências Sociais, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires - Universidad Nacional de Luján, Buenos Aires
grabiagini@ciudad.com.ar

Hugo Guillermo Spinelli
Médico, doutor em Saúde Coletiva, professor e pesquisador da Universidad Nacional de Lanús
hugospinelli@ciudad.com.ar

Jorge Diaz Polanco
Sociólogo, mestre em Sociologia da Educação Médica e Políticas de Saúde, professor pesquisador do Centro de Estudios Del Desarrollo (Cendes), Universidad Central de Venezuela, Caracas
jdpolanco@cantv.net

José Carlos Rodrigues
Cientista social, mestre e doutor em Antropologia Social, professor associado da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro
jcr@uol.com.br

José Norberto Walter Dachs
Matemático, mestre em Matemática Aplicada, doutor em Estatística, pesquisador titular da Universidade Estadual de Campinas
dachs@ime.unicamp.br

José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres
Médico, especialista em Medicina Preventiva e Social, mestre, doutor e livre-docente em Medicina, professor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
jrcayres@usp.br

Juan Antonio Casas-Zamora
Médico, doutor em Medicina Social e especialista em Política Internacional, funcionário sênior de Relações Externas do escritório da Organização Mundial da Saúde junto à Comunidade Européia
casasja@who-eu.be

Juan Guillermo Figueroa Perea
Filósofo e matemático, mestre em Investigação de Populações, pesquisador do Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales do Colégio de México, México, D. F.
jfigue@colmex.mx

Lilia Blima Schraiber
Médica, doutora em Medicina, professora associada do Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
liliabli@usp.br

Luisa Basilia Iñiguez Rojas

Geógrafa, doutora em Ciências Geográficas, professora do Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humanos, Universidad de la Habana, Ciudad de la Habana
iniguezrojas@yahoo.com

Mabel Adriana Grimberg

Antropóloga, doutora em Antropologia, professora da Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires/Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Buenos Aires
magrim@mail.retina.ar

Madel Therezinha Luz

Filósofa, mestra em Sociologia, doutora em Política, professora titular do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
madelluz@uol.com.br

Mara Viveros Vigoya

Antropóloga, doutora em Antropologia, professora associada do Departamento de Antropologia da Universidade Nacional da Colômbia
mviveros@unal.edu.co

Márcia Thereza Couto

Antropóloga, doutora em Antropologia e pós-doutora em Medicina Preventiva, professora visitante do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo
arthei@usp.br

Marcos César de Freitas Baptista

Médico, psiquiatra, assistente estrangeiro da U.E.R. de Medicina de Créteil, Universidade de Paris XII, professor da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
marcosbaptista@hotmail.com

Marcos Chor Maio

Cientista social, mestre e doutor em Ciência Política, pesquisador da Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro
maio@alternex.com.br

Marcos de Souza Queiroz

Cientista social, doutor e pós-doutor em Antropologia Social, pesquisador titular do Centro de Memória da Unicamp (CMU), Universidade Estadual de Campinas
msg44@uol.com.br

Maria Cecília de Souza Minayo
(organizadora)

Socióloga, mestra em antropologia, doutora em saúde pública, professora e pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro
cecilia@claves.fiocruz.br

Maria Fernanda Furtado Lima e Costa

Médica, mestra em Ciências, doutora em Epidemiologia, pesquisadora do Centro de Pesquisa René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte
costa@cpqrr.fiocruz.br

Maria Luiza Garnelo

Médica, especialista em Medicina Preventiva e Social, mestra em Ciências Sociais, doutora em Ciências Sociais/Antropologia, pesquisadora do Centro de Pesquisa Leônidas & Maria Deane/Fiocruz, em Manaus, e professora da Universidade Federal do Amazonas, Manaus
garnelo@netium.com.br

Mario Norberto Bronfman

Demógrafo, cientista social, doutor em Saúde Pública, professor do Instituto Nacional de Salud Pública de México, diretor da Fundação Ford, México, D.F.
m.bronfman@fordfound.org

Martha Eugenia Rodríguez Pérez

Historiadora, especialista em História da Medicina, doutora em História, professora da Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de México, presidente da Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina, México, D.F.
marthaer@servidor.unam.mx

Miriam Struchiner

Desenhistas industrial e programadora visual, mestra e doutora em Educação, professora e diretora do Núcleo de Tecnologias de Educação em Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro
mcbiner@nutes.ufrj.br

Nísia Trindade Lima

Cientista social, doutora em Sociologia, pesquisadora da Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro
lima@coc.fiocruz.br

Regina Maria Vieira Ricciardi

Fonoaudióloga, especialista em Avaliação Educacional, pesquisadora do Núcleo de Tecnologia Educacional para a saúde (Nutes) da Universidade Federal do Rio de Janeiro
ricciardi@nutes.ufrj.br

Renato Peixoto Veras

Médico, mestre em Medicina Social, doutor em Medicina, professor do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e diretor da Universidade Aberta da Terceira Idade/Uerj, Rio de Janeiro
veras@uerj.br

Renée Beatriz di Pardo Cortés

Psicóloga, professora de Psicologia da Universidad Nacional de Buenos Aires, investigadora do Seminário Permanente de Antropología Médica no Centro de Investigaciones y Estudios Superiores de Antropología/ Ciesas, México
reneedipardo@yahoo.com

Roberto Briceño-León

Cientista social, doutor em Sociologia, professor titular da Universidad Central de Venezuela e secretário executivo do Consejo Latino Americano de Ciencias Sociales (Clacso), Caracas
rbriceno@reacsium.ve

Sandra Cristina Vallenias Béjar

Socióloga, Departamento de Ciencias Sociales de la Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima
svallen@puclp.edu.pe

Saúl Franco Agudelo

Médico, mestre em Medicina Social, doutor em Saúde Pública, coordenador do Doctorado Interfacultades en Salud Pública/Universidad Nacional de Colombia, Bogotá
safrancoa@yahoo.co

Simone Maria dos Santos

Médica, especialista em Saúde Coletiva; mestra em Epidemiologia; pesquisadora colaboradora do Departamento de Informações em Saúde do Centro de Informação Científica e Tecnológica da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro
smsantos@fiocruz.br

Simone Souza Monteiro

Psicóloga, especialista em Pedagogia, mestra e doutora em Saúde Pública, professora do Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro
msimone@ioc.fiocruz.br

Sônia Maria da Fonseca Thedim-Costa

Jornalista, mestra em Saúde Pública, pesquisadora adjunta da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro
smfjcosta@ensp.fiocruz.br

Taís Rabetti Giannella

Bióloga, mestra em Tecnologia Educacional nas Ciências da Saúde, doutoranda do Instituto de Ciências Biomédicas, UFRJ, Rio de Janeiro
taisrg@nutes.ufrj.br

Victor Vincent Valla

Historiador, doutor em história, professor e pesquisador titular da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro
valla@ensp.fiocruz.br

Virgínia Torres Schall

Bióloga, mestra em Ciências, doutora em Educação, pesquisadora titular e diretora do Laboratório de Educação em Saúde do Centro de Pesquisa René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte
vtschall@cpqrr.fiocruz.br

SUMÁRIO

I - ABORDAGENS TEÓRICAS

1. Ciências Sociais em Saúde: uma reflexão sobre sua história
Everardo Duarte Nunes
2. Novas Práticas em Saúde Coletiva
Madel Therezinha Luz
3. As Ciências Sociais e o Enfoque Ecológico de Saúde
Carlos Machado de Freitas
4. Algunas Reflexiones sobre las Dimensiones Éticas de la Investigación Social sobre Salud - *Juan Guillermo Figueroa Perea*
5. Classes Populares, Apoio Social e Emoção: propondo um debate sobre religião e saúde no Brasil - *Victor Vincent Valla*
6. Cuidado e Reconstrução das Práticas de Saúde
José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres
7. Antropologia, Saúde e Medicina: uma perspectiva teórica a partir da Teoria da Ação Comunicativa de Habermas - *Marcos S. Queiroz*

II - ABORDAGENS DISCIPLINARES: ANTROPOLOGIA, HISTÓRIA, EDUCAÇÃO, INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO

8. A Antropologia e a Reformulação das Práticas Sanitárias na Atenção Básica à Saúde - *Luíza Garnelo, Jean Langdon*
9. Os Corpos na Antropologia - *José Carlos Rodrigues*
10. Legados y Tendencias em la Historiografía sobre la Enfermedad en América Latina Moderna - *Diego Armus*
11. História da Saúde na América Latina: o papel das Conferências Sanitárias Pan-Americanas (1902-1958) - *Nísia Trindade Lima*
12. Vital Brazil, García Medina & Liceaga Constructores de la Salud en América Latina: el rescate del sujeto en el proceso histórico - *André Pereira Neto, Emilio Quevedo, Marta Eugenia Rodriguez*

13. As Novas Tecnologias de Informação e Comunicação em Educação em Saúde - *Virgínia Torres Schall, Celina Maria Modena*
14. Novas Tecnologias de Informação e Educação em Saúde diante da Revolução Comunicacional e Informacional - *Miriam Struchiner, Taís Rabetti Giannella, Regina Vieira Ricciardi*

III - POLÍTICAS DE SAÚDE E REFORMA DO ESTADO

15. Reforma del Estado y del Sector Salud en América Latina - *Celia Almeida*
16. La Cooperación Técnica Internacional y los Procesos de Reforma del Sector Salud en América Latina - *Jorge Díaz Polanco, Mario Bronfman*
17. Condiciones de Salud y Desigualdades Sociales: historias de igualdades, desigualdades y distintos - *Hugo Spinelli*
18. Determinantes Sociais e Econômicos de Desigualdades em Saúde na América Latina e no Brasil - *José Norberto Walter Dachs, Alexandra Bambas, Juan Antonio Casas*

IV - CIDADANIA E SAÚDE

19. Sociedad Civil: participación social en el caso de los Comités Locales de Administración de Salud (Clas) - *Sandra Vallenás*
20. Protesta Social y Salud: un abordaje antropológico de las demandas e iniciativas de salud en el marco de la movilización social en la Argentina (2001-2003) - *Mabel Grimberg*
21. Sociedad Civil y Salud como Objeto de Estudio (1997-2002): aproximaciones al estado del arte - *Graciela Biagini*
22. Mas allá del Sida: la cuestión de la salud en las comunidades GBLT (gay, lesbianas, bisexuales, personas transgénero) *Carlos F. Cáceres*
23. Los Discursos de la Educación y Participación en Salud: de la evangelización sanitaria al empoderamiento - *Benno de Keijzer*
24. 'Raça' e Saúde Pública: os dilemas da ciência e da prática contemporânea - *Francisco Inácio Bastos, Claudia Travassos*
25. Etnicidade, Raça e Saúde no Brasil: questões e desafios - *Simone Monteiro, Marcos Chor Maio*
26. Salud Sexual y Reproductiva de los Varones Latinoamericanos: una lectura en clave de género, etnia y 'raza' - *Mara Viveros Vigoya*
27. Transformações Demográficas e os Novos resultantes do Envelhecimento Populacional - *Renato Veras, Ana Amélia Camarano, Maria Fernanda Furtado Lima e Costa, Elizabeth Uchoa*

28. Empreendimentos Econômicos Solidários: uma via saudável na recuperação do sentido do trabalho - *Carlos Minayo-Gomez, Sonia Maria da Fonseca Thedim-Costa*
29. Conflito entre Interesses Agrícolas e Ambientalistas nas Localidades Rurais de Nova Friburgo, Rio de Janeiro - *Brani Rozemberg*
30. Descrição e Análise das Relações entre Gestão de Água Doce e Exercício da Cidadania no Brasil Contemporâneo - *Carlos José Saldanha Machado*

V - PROBLEMAS SOCIAIS COM FORTE IMPACTO SOBRE A SAÚDE

31. Alcoholismo, Otras Adicciones y Varias Imposibilidades
Eduardo L. Menéndez, René B. Di Pardo
32. Drogas: armas ou ferramentas? - *Eduardo Viana Vargas*
33. Facas de um Tema Proscrito: toxicomanias e sociedade - *Marcos Baptista*
34. La Violencia Homicida y su Impacto sobre la Salud en América Latina
Saúl Franco
35. Impacto da Violência no Brasil e em Alguns Países das Américas
Edinilsa Ramos de Souza
36. Violencia Interpersonal: salud pública y gobernabilidad
Roberto Briceño-León
37. Diferenciación Espacial de la Violencia en América Latina
Luisa Iñiguez Rojas, Simone M. Santos, Chistovam Barcellos
38. Homens, Saúde e Violência: novas questões de gênero no campo da saúde coletiva - *Márcia Thereza Couto, Lilia Blima Schraiber*

APRESENTAÇÃO

Esta obra visa a sistematizar as discussões e reflexões que ocorreram durante o VII Congresso Latino-americano de Ciências Sociais e Saúde, realizado em Angra dos Reis, estado do Rio de Janeiro, de 19 a 23 de outubro de 2003. Esse, como cada um dos congressos anteriores, teve como um dos seus frutos a publicação de seleção dos textos apresentados por autores de referência e discutidos nos grupos de trabalho que se reuniram no evento. Os vários livros publicados têm servido às pesquisas e à docência nos diferentes países do continente e constituído importante biblioteca de referência das ciências sociais e saúde latino-americanas.¹

O VII Congresso deu continuidade aos eventos semelhantes ocorridos nas últimas duas décadas, de periodicidade bianual, no Chile, Argentina, México, Venezuela, Peru e Brasil,² reunindo cientistas sociais, médicos, enfermeiros, psicólogos e sanitaristas em torno das questões sociais, políticas e culturais que afetam a saúde coletiva na região. Esses congressos, ao mesmo tempo que aprofundam temas regionais, vinculam-se institucionalmente ao Fórum Mundial de Ciências Sociais e Medicina, criado há cerca de 20 anos em torno da revista *Social Science and Medicine* para aprofundar, socializar e divulgar os conhecimentos das ciências sociais aplicadas à saúde.

No evento de Angra dos Reis, tivemos a presença da atual secretária-geral do Fórum Mundial, sua maior autoridade por delegação das representações dos países, a dra. Akile Gürsoy, da Turquia. A criação dessa instância internacional se deveu, entre outros motivos, à constatação da necessidade de se fortalecer um pensamento próprio e adequado das ciências sociais em saúde. O VII Congresso enfatizou as contribuições das ciências sociais para a superação

¹ Vide texto de fundação do International Forum for Social Science and Medicine na América Latina, organizado por Roberto Briceño-León, *Las Ciencias Sociales y la Salud en América Latina*. Caracas: Fundación Polar, 1999, e os que se seguiram, referentes aos IV, V e VI Congressos Latino-americanos de Ciências Sociais e Saúde, respectivamente, BRONFMAN, M. & CASTRO, R. (Orgs.) *Salud, Cambio Social y Políticas: perspectivas desde la América Latina*. México, D.F.: Edamex, 1999; BRICEÑO-LEÓN, R.; MINAYO, M. C. de S. & COIMBRA JR., C. E., A. (Orgs.) *Salud y Equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000; CÁCERES, C. et al. *La Salud como Derecho Ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2003.

² Até o presente, o Brasil é o único país no qual o congresso se realizou duas vezes.

dos grandes desafios da saúde coletiva na região. Estrategicamente, o evento buscou focalizar, ainda, a construção de laços de cooperação visando às oportunidades de compartilhamento de investigações e de produção científica não somente entre os pesquisadores de diferentes países, mas também entre a academia e os serviços de saúde.

Durante o congresso houve duas conferências magistrais: uma do dr. Johannes Sommerfeld, coordenador do Programa de Pesquisas Sociais do TDR/WHO, intitulada ‘TDR’s social research agenda on globalization, inequalities and infectious diseases’, e outra, proferida pelo Dr. Everardo Duarte Nunes, professor da Faculdade de Medicina da Unicamp, que versou sobre ‘As ciências sociais e saúde: uma reflexão sobre sua história’. Durante o evento, foram ainda homenageados dois cientistas sociais cuja obra foi indicada pelo Comitê Científico do VII Congresso como fundamental à consolidação do campo das ciências sociais e saúde na América Latina: o venezuelano Roberto Briceño-León, ex-secretário-geral do Fórum Mundial de Ciências Sociais e Medicina, e o brasileiro Everardo Duarte Nunes. Com o objetivo de contribuir para a disseminação do pensamento social em saúde latino-americano, foi lançado durante o evento um número temático da revista *Ciência & Saúde Coletiva*, denominado Ciências Sociais e Saúde na América Latina: visões contemporâneas, que teve como editor convidado o Dr. Everardo D. Nunes.

Seguindo a linha e a tradição dos anteriores, esse congresso convergiu sua dinâmica para os debates e reflexões em pequenos grupos. A participação nas equipes se baseou em artigos de referência sobre os temas principais e na livre escolha dos participantes. Os textos foram encomendados a pesquisadores, cientistas sociais ou da área biomédica de vários países da região e colocados, em versão preliminar, à disposição dos participantes, de forma que todos os interessados tiveram acesso ao conjunto dos trabalhos apresentados e discutidos. O formato de funcionamento do congresso se aproximou da idéia de um conjunto de ‘oficinas de construção do conhecimento’. Estudantes, jovens pesquisadores e profissionais técnicos do setor Saúde também participaram, embora sua presença tenha ocorrido em menor número devido a dificuldades de financiamento para um evento desse tipo.

O conteúdo das discussões, esboçado por um comitê científico, passou por um período de consulta pública à comunidade de ciências sociais e saúde na América Latina, por via eletrônica, de modo a salvaguardar a relevância dos temas. Todo o esforço a partir de então consistiu em escolher os melhores colaboradores para escrever os trabalhos, de forma a: (a) responder a um cenário das necessidades dos sistemas de saúde latino-americanos e (b) propiciar aos participantes uma discussão teoricamente densa e estabelecer uma agenda positiva.

Foram debatidos 19 temas, a saber: (i) Indicadores de condições de saúde e desigualdades sociais; (ii) Mudanças demográficas e desafios à saúde dos idosos na América Latina; (iii) Papel das agências internacionais no financiamento e na definição de políticas de saúde na América Latina; (iv) Papel das ONGs na construção da política de saúde na América Latina; (v) Ética e ciências sociais em saúde; (vi) Etnicidade, raça e saúde na América Latina; (vii) História da saúde na América Latina e personalidades marcantes na construção do setor na América Latina; (viii) Contribuição da antropologia para o desenvolvimento das práticas de saúde na América Latina;

(ix) Práticas alternativas em saúde na América Latina; (x) Novos discursos e velhas práticas em saúde pública na América Latina, com ênfase nas propostas de promoção da saúde e da qualidade de vida; (xi) Modelos conceituais e experiências em curso das relações entre saúde e ambiente na América Latina; (xii) Novos problemas de gênero na América Latina, com destaque para as desvantagens da saúde masculina; (xiii) O impacto da violência sobre a saúde na América Latina; (xiv) Participação popular, projetos de solidariedade e de promoção da vida, e discursos e práticas de educação em saúde na América Latina; (xv) Novas tecnologias de informação e educação em saúde na América Latina, provocadas pela revolução do setor de informação e de comunicação; (xvi) Mudanças globais no mundo do trabalho e seus impactos sobre a saúde na América Latina; (xvii) Novos impactos do consumo de álcool e drogas sobre a saúde na América Latina; (xix) Economia da saúde na América Latina, tendo como referência a questão social.

Foram discutidos 54 textos relacionados aos temas listados, dos quais 38 estão sendo publicados aqui. Para apresentá-los, seria plausível utilizar várias classificações, pois, geralmente, cada um deles ultrapassa os limites disciplinares clássicos. Adotamos um tipo de categorização detalhado a seguir, sugerindo aos leitores que façam suas próprias escolhas.

Começamos pelas abordagens teóricas. Nesse conjunto de textos, os autores lançam um olhar histórico, sociológico, antropológico, filosófico e ético sobre o campo da saúde, por meio de revisões da literatura, ensaios pessoais e propostas inovadoras. Nesse grupo estão os trabalhos de Everardo Duarte Nunes, Madel Therezinha Luz, Carlos Machado de Freitas, Juan Guillermo Figueroa Perea, Victor Vincent Valla, José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres e Marcos S. Queiroz.

A seguir, vêm as abordagens disciplinares tratando de investigações específicas. Na área da antropologia, há textos sobre o corpo e a reformulação das práticas sanitárias, desenvolvidos por José Carlos Rodrigues, Luiza Garnelo e Esther Jean Langdon. Nas investigações sobre a história e sobre os construtores do pensamento e das práticas em saúde, apresentamos os trabalhos de Diego Armus, Nísia Trindade Lima, André Pereira Neto, Emílio Quevedo e Marta Eugenia Rodriguez. As autoras Virgínia Torres Schall e Celina Maria Modena, Miriam Struchiner, Taís Rabetti Gianella e Regina Vieira Ricciardi tratam dos desafios, para a educação em saúde, trazidos pelas transformações da era da informação e da comunicação.

Um terceiro bloco de trabalhos detém-se nas questões relacionadas ao Estado e às políticas de saúde. Aborda as reformas promovidas pelos governos em toda a América Latina e as mudanças nas relações internacionais, em contraponto às desigualdades sociais na região. No primeiro caso houve balanço e projeções a respeito da forte inflexão reformista da década de 90 do século XX, tratados por Celia Almeida, Jorge Diaz Polanco e Mario Bronfman. Em contraponto estão os estudos sobre desigualdades sociais em saúde de Hugo Spinelli e de José Norberto Walter Dachs, Alexandra Bambas e Juan Antonio Casas.

O quarto bloco trata da cidadania em suas responsabilidades e demandas ao setor Saúde. Os textos de Graciela Biagini, Benno de Keijzer, Sandra Vallenias e Mabel Grimberg abordam a participação social e o empoderamento de diferentes atores sociais. Outro conjunto de textos

aprofunda questões de grupos específicos segundo gênero, raça/cor e faixas etárias, com os trabalhos de Carlos Cáceres, Francisco Inácio Bastos e Cláudia Travassos, Simone Monteiro e Marcos Chor Maio, Mara Viveros, Renato Veras, Ana Amélia Camarano, Maria Fernanda Furtado Lima e Costa e Elizabeth Uchoa. Um terceiro grupo de abordagens analisa a economia e os problemas ambientais sob a ótica dos sujeitos e das coletividades, tendo como autores Carlos Minayo-Goméz e Sonia Maria da Fonseca Thedim-Costa, Brani Rozemberg e Carlos José Saldanha Machado.

Por fim, apresentamos os trabalhos que focalizam problemas sociais com forte impacto sobre a saúde. Num bloco estão os que tratam do alcoolismo e drogadição, com a reflexão de Eduardo Menéndez e Renée Beatriz di Pardo, Eduardo Viana Vargas e Marcos Baptista. Noutro, também foi discutida a violência social, vista como fenômeno relevante em toda a América Latina, repercutindo na saúde das populações, no perfil dos serviços de saúde e na qualidade de vida. Tais questões são tratadas por Saúl Franco Agudelo, Edinilsa Ramos de Souza, Roberto Briceño-León, Luisa Iñiguez Rojas, Simone Santos e Chistovam Barcellos, Márcia Thereza Couto e Lilia Blima Schraiber.

O evento não teria sido possível sem o apoio incondicional da Fundação Oswaldo Cruz, que, por intermédio de sua Presidência e de quatro de suas unidades – Escola Nacional de Saúde Pública, Instituto Fernandes Figueira, Casa de Oswaldo Cruz e Centro de Pesquisas Leônidas & Maria Deane –, promoveu o VII Congresso. O evento também foi apoiado pela Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), pelo Ministério da Saúde, pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), pela Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj), pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo Centro de Pesquisa sobre Gênero e Sexualidade do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, pelo International Development Research Centre (IDRC) e pela Fundação Ford.

Como o leitor poderá constatar, este livro evidencia um momento pujante de produção intelectual na área de ciências sociais em saúde, embora essa dinâmica não esteja igualmente distribuída na América Latina, seja porque não tivemos a presença, no congresso, de representantes de todos os países, seja pela desigualdade nos investimentos científicos no interior de cada um deles. Apesar dessa evidente limitação, consideramos que o leitor encontrará aqui material original para ampliar sua reflexão e aprofundar seus conhecimentos acerca das ciências sociais e saúde na América Latina.

Os Organizadores

8. A ANTROPOLOGIA E A REFORMULAÇÃO DAS PRÁTICAS SANITÁRIAS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

*Luiza Garnero
Jean Langdon*

Analisaremos aqui as potencialidades de uma interface entre antropologia e saúde coletiva, explorando não apenas dimensões teóricas e metodológicas, mas refletindo também sobre as práticas sanitárias da atenção básica, em cujo aprimoramento o enfoque antropológico oferece um campo particularmente fértil na busca da redução de vulnerabilidades e desigualdades.

A abordagem aqui feita é tributária das discussões dos produtores latino-americanos de saber epidemiológico, os quais vêm efetuando uma ampliação e tornando mais complexo este campo disciplinar em busca do entendimento das relações entre a estrutura social vigente e as transformações que se processam nas sociedades contemporâneas. Esta discussão problematiza as contribuições da antropologia em espaços gerais do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, afinilando-se em seguida em direção à análise da atenção básica prestada aos povos indígenas no Brasil.

Uma das razões do incremento do interesse pela antropologia no campo da saúde foi o esgotamento dos paradigmas centrados nas explicações estruturais e totalizantes, mas pouco operativos na oferta de respostas para a ação no microespaço da vida cotidiana e no desenvolvimento das práticas sanitárias (Castro, 2003; Minayo, 2003; Menéndez, 2003). Para Almeida-Filho (2002), tal conjuntura valorizou os estudos voltados para a subjetividade, os micropoderes e as práticas sociais, mas gerando, segundo Minayo, Deslandes e Souza (2003), o risco do exagero oposto, o de perder-se de vista as macro-condições de produção das realidades sociais.

Os aspectos teórico-metodológicos da articulação entre antropologia e epidemiologia vêm sendo explorados por Almeida-Filho (1992, 1997, 2000), Briceño-León (1998, 2003), Minayo, Deslandes e Souza (2003), Menéndez (1998, 2003) e Sevalho e Castiel (1998). Esses autores têm discutido as possibilidades, potencialidades e dificuldades na integração entre epidemiologia e ciências sociais, particularmente a antropologia, demonstrando as diferenças e, em alguns casos, as semelhanças entre esses campos de saber.

Com certa frequência a literatura disponível assinala as divergências de método entre a epidemiologia e antropologia. Porém, as comparações costumam tomar como referência apenas a vertente positivista da epidemiologia, marcada pela idéia de neutralidade e objetividade – obtida à custa da negação da influência dos contextos sociais onde se processam as interações entre sujeito e objeto de pesquisa –, pela abrangência, quantificação e generalização de modelos explicativos causais, centrados em aspectos biológicos do adoecer humano. A antropologia também costuma ser representada de forma genérica, sendo-lhe atribuída a busca de interpretação dos contextos e sentidos das práticas sociais estudadas, uma baixa capacidade de generalização, rejeição ao distanciamento da relação pesquisador-pesquisado e utilização preferencial de métodos qualitativos de pesquisa. Tais simplificações desconhecem os avanços obtidos pelo uso combinado de métodos qualitativos e quantitativos na epidemiologia (Minayo, Deslandes & Souza, 2003); ignora-se igualmente que a antropologia não se constitui como um campo disciplinar uniforme, congregando múltiplas premissas teóricas não raro divergentes entre si (Coimbra Jr., 2000).

O desdobramento mais conhecido desse reducionismo tem sido as pesquisas tipo ‘*rapid assessment*’ (RAP) que enfocam os comportamentos, atitudes e percepções (CAPs) de doentes e outros usuários dos serviços de saúde. Cernea (1992) empreende uma discussão sobre problemas metodológicos dos estudos rápidos, evidenciando seus usos potenciais no campo da saúde e demonstrando seus riscos epistemológicos. Entre as dimensões problemáticas intrínsecas ao método, o autor assinala dificuldades de acurácia, representatividade, inadequação cultural e subjetividade. Ele relembra ainda que a opção por tais estratégias metodológicas vem crescendo no cenário mundial, e que elas costumam ser utilizadas para planejamento e avaliação de projetos de intervenção social, o que, muitas vezes, pode acarretar uma inadequada apreensão dos contextos sociais em que tais ações são desenvolvidas. Apesar dessas considerações, o autor assinala como benefício dessa escolha metodológica a busca rápida de informações que possam subsidiar a tomada de decisão em projetos de intervenção e na implementação de políticas públicas, particularmente no campo da saúde, que não podem esperar pelo longo período de conclusão de pesquisas com um recorte mais acadêmico.

Para Scrimshaw (1992), que analisa a utilização de estratégias RAP no campo da nutrição em serviços de atenção primária à saúde, o uso rotineiro de técnicas quantitativas de pesquisa no campo da nutrição esconde a dificuldade de apreensão das dimensões mais profundas desse comportamento humano. A mesma autora considera que a adoção de estratégias qualitativas tipo RAP propicia o entendimento mais acurado, e desenvolvido num espaço de tempo mais curto, de características sociais e culturais correlatas às práticas alimentares. No Brasil, autores como Coimbra Jr. (2000) criticam estudos rápidos que se restrinjam às medidas de frequência de padrões de comportamentos considerados de risco pelo pesquisador, ou a descrever ‘categorias de doença’, que, não raro, consistem apenas em sintomas mal definidos. O autor vê tais estudos como um exemplo de uso de técnicas de pesquisa das ciências sociais no campo da saúde, sem uma adequada apropriação do instrumental teórico das ciências sociais, cujos resultados se mostram incapazes de prover uma reflexão crítica sobre os dados obtidos e sobre o contexto social investigado.

Outro ponto crítico desses estudos é seu etnocentrismo implícito. Neles, a busca de um conhecimento mais detalhado dos grupos sociais que acorrem aos serviços de saúde só se justifica pelo desejo de conhecer seus comportamentos para mudá-los, tornando-os mais maleáveis às prescrições e normas técnicas de saúde (Menéndez, 1998). Eles pouco contribuem para o entendimento de contextos e significados coletivos dos eventos sanitários e para o reconhecimento da alteridade, servindo mais como ferramenta para o exercício mais eficiente de poder sobre a população atendida, mas o doente permanece como um ‘outro’ irredutivelmente desconhecido. Essa é uma opção conhecida e recusada pela maioria das correntes de saber antropológico, pois não contribuiu para a produção de processos participativos de tomada de decisões nas políticas públicas, nem para a produção de sujeitos políticos, ou para a redução de assimetrias e desigualdades sociais.

Segundo Menéndez (1998), uma confluência entre antropologia e epidemiologia é viável, mas é preciso lembrar que seus pontos de partida são distintos, uma vez que a primeira utiliza, como principal nível de análise dos sistemas de saúde/enfermidade/cuidados, o enfoque socioeconômico ou sociocultural, ao passo que a segunda prioriza o enfoque biológico. Ele assinala ainda que a articulação metodológica entre os dois campos disciplinares exige mais do que uma transferência de métodos, demandando uma verdadeira recomposição disciplinar, gerando novas formas de investigar a realidade e produzindo objetos híbridos de conhecimento.

MODOS DE VIDA E AUTO-ATENÇÃO

Embora as práticas sanitárias sejam pautadas pela epidemiologia, elas também comportam outras nuances como relações econômicas, políticas, éticas, educativo-comunicativas e étnicas, congregando diferentes visões de mundo dos profissionais, entre si, e destes com seus pacientes, envolvendo o exercício de micropoderes em contextos de desigualdades sociais. Ainda que orientada por prescrições e normas técnicas, a interação cotidiana entre os profissionais da saúde – que, em tese, representam a razão científica – e a clientela que acorre aos serviços de atenção básica contém uma grande medida de senso comum em que se expressam assimetrias e polifonias não contempladas na discussão teórico-metodológica da interação epidemiologia-antropologia.

A organização da atenção básica exige a interlocução com temáticas como participação comunitária, controle social,¹ saberes populares e/ou tradicionais sobre saúde e doença, redes sociais, grupos de auto-ajuda, abordagem de patologias crônico-degenerativas, envelhecimento, adolescência, dependência química, violência, relações de gênero e educação para a saúde, fazendo-se necessário o entendimento dos sentidos atribuídos, pelos sujeitos, aos eventos patológicos, às políticas públicas e aos serviços de saúde que lhes são acessíveis.

¹ Controle social é um conceito-chave na idealização do Sistema Único de Saúde no Brasil. Ao contrário da noção das ciências políticas, que se refere aos mecanismos do Estado que estabelecem a ordem social, no âmbito de saúde coletiva no Brasil o termo refere-se à atuação da sociedade civil “na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que atendam às demandas e aos interesses da coletividade” (Correia, 2000:11).

Intervenções sanitárias em processos socioculturais exigem a interação com agentes políticos distribuídos nos mais diversos nichos sociais e o entendimento dos contextos em que eles atuam. Para Menéndez, esses campos devem ser objeto de pesquisa qualitativa, pois

se a preocupação com a Atenção Primária (AP) e com os Sistemas Locais de Saúde (Silos) é real, estes objetivos pressupõem o desenvolvimento de uma epidemiologia não apenas do patológico, mas igualmente dos ‘comportamentos normais’ assim como, por princípio, uma relação com a estrutura e a organização social em nível local. (Menéndez, 1998:97)

Em busca de alternativas para prover a epidemiologia social latino-americana de ferramentas capazes de abordar a dimensão social da existência, Almeida-Filho (2000) propõe o uso do conceito de “modo de vida”² como estratégia capaz de promover a inter-relação entre as práticas sociais cotidianas de pessoas e grupos e os processos de saúde/doença/cuidados. Esse conceito abrange não apenas as condutas individuais relacionadas à saúde, mas também as dimensões sociohistóricas, a dinâmica das classes sociais e das relações sociais de produção, sem desconsiderar os aspectos simbólicos da vida cotidiana. Por essa via, a análise dos processos saúde/enfermidade/cuidados deve ser concebida tanto como produto de ações concretas que geram exposição dos indivíduos ao risco e às medidas de proteção que visam a neutralizá-lo, quanto aos efeitos de seus estilos de vida e de suas formas de reconhecimento e designação da anormalidade (Almeida-Filho, 2000).

Em conseqüência, essa abordagem exigiria a abertura da epidemiologia não apenas ao estudo das situações de saúde, tal como hoje ocorre, mas também “dos sistemas de representação de saúde e doença no mundo da vida, na cotidianidade, nos modos de vida, mediante o conceito particular de ‘práticas de saúde’” (Almeida-Filho, 2000:165).

Para abordar os modos de vida, a epidemiologia precisaria sofrer uma reavaliação metodológica que viabilizasse a incorporação de novos modelos explicativos dos processos saúde/enfermidade/cuidados, capazes de contemplar, na sua própria formulação, a complexidade dos processos sociais que os geram, superando a atual condição do campo disciplinar que apenas permite uma “certa intromissão social” nos seus modelos de enfermidade, ao agregar-lhes variáveis socioculturais (Almeida-Filho, 2000:176). Nos termos de Almeida-Filho, esse projeto de reformulação da disciplina poder-se-ia constituir na etnoepidemiologia.³

² Almeida-Filho remete a origem do conceito ao materialismo histórico, mas credita seu uso recente a Cristina Possas. Segundo seu relato, na obra *Epidemiologia e Sociedade*, Possas estratifica o conceito de modo de vida em ‘estilo de vida’ e ‘condições de vida’, sendo que a primeira expressão se referiria a determinações sociais e culturais das formas de viver, expressando-se em hábitos e condutas, tais como a prática de esportes, a dieta, o consumo de substâncias psicoativas etc. O termo ‘condições de vida’ se referiria às “condições materiais necessárias à subsistência, à nutrição, convivência, saneamento, e às condições ambientais” (Possas, 1989:159). Como se pode observar, boa parte dos elementos contidos no conceito é objeto de ações de atenção básica produzidas no Sistema Único de Saúde no Brasil.

³ Segundo o autor, o termo ‘etnoepidemiologia’ designaria uma “epidemiologia transcultural, tomando as diferenças socioculturais e étnicas como indicadores de fatores de risco, vulnerabilidade ou proteção” e promovendo “uma abordagem epidemiológica dos modos de vida, com maior abertura para estudar a produção social dos riscos na cotidianidade, incluindo seus aspectos simbólicos” (Almeida-Filho, 2000:180).

Por sua vez, as propostas de Menéndez para uma epidemiologia sociocultural⁴ buscam recuperar “os significados e as práticas que os conjuntos sociais atribuem a seus padecimentos, problemas e sentimentos” (2003:200). Para esse fim, o autor desenvolve o conceito de auto-atenção descrevendo-o com as seguintes palavras:

las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud em términos reales o imaginários, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención; de tal manera que la autoatención implica decidir la auto-prescripción y el uso de un tratamiento en foma autónoma o relativamente autónoma. (Menéndez, 2003:199)

Para Menéndez, as oposições entre biomedicina e outras formas de cura ocorrem mais no plano das representações do que no das práticas. A oposição excludente recobriria as intenções hegemônicas dos profissionais da saúde que buscam garantir o monopólio do exercício dos cuidados de saúde, mas não encontra correspondência nas práticas cotidianas dos pacientes que costumam lançar mão de pluralidades terapêuticas.

A existência de múltiplos sistemas terapêuticos gera a necessidade de conhecer suas formas de organização e as redes sociais que os sustentam. Assim, torna-se necessário promover uma articulação dos serviços de atenção básica com as formas de auto-atenção, uma vez que essa interação efetivamente existe e se processa independentemente da vontade e/ou aceitação do modelo médico. Para participar de forma produtiva dessa articulação, os profissionais da saúde deveriam ser capazes de descrever e analisar os modos de existência das pessoas que atendem, reconhecendo as diversas formas de auto-atenção praticadas na área de abrangência de seus serviços onde disputam legitimidade com outros prestadores de cuidados, formais e informais, de saúde.

Menéndez (2003) descreve dois níveis de auto-atenção: um mais amplo, ligado aos “processos de reprodução biossocial” do grupo que o gerou e que remete à própria cultura por ele produzida, incluindo-se aí os recursos corporais e ambientais, a dietética, normas de higiene pessoal e coletiva etc. O segundo nível, mais restrito, refere-se principalmente às estratégias, científicas e não científicas, de representação de doença e práticas de cura e cuidados.

A existência de alternativas de atenção à saúde nos contextos em que as práticas sanitárias são desenvolvidas permite situar esse cenário como um mercado simbólico⁵ no qual coexistem distintos sistemas lógicos de saberes e técnicas competindo entre si. Para Bakhtin (1992), a sociedade é um campo discursivo e um espaço de confrontos em que os atores

⁴ Almeida-Filho faz equivaler sua proposta de uma etnoepidemiologia à epidemiologia sociocultural proposta por Menéndez.

⁵ Segundo Verón (1980), mercado simbólico é o espaço social onde os discursos concorrentes expressam posições, onde os atores negociam sentidos e poder, gerando-se uma alternância de posições sociais e práticas discursivas, que ocupam ora posições centrais, ora periféricas, dependendo das relações de poder e saber, nos distintos níveis de articulação das relações sociais.

sociais tentam tornar hegemônicas suas posições; as práticas discursivas seriam as estratégias construídas pelos sujeitos para atuar eficazmente na cena social.

A pluralidade e os confrontos da vida social costumam ser ignorados pelos profissionais da saúde que se imaginam em interação exclusiva com sua clientela, desconhecendo os outros fluxos discursivos presentes no ato sanitário. É uma interpretação que não equivale ao que ocorre na vida social, densamente povoada por agentes político-sanitários em competição, e com efetiva influência nos modos como os discursos e práticas sanitárias propostos pelas equipes de saúde são apropriados pela população. Os saberes da saúde pública não gozam de uma garantia apriorística de hegemonia, sendo mais um, entre tantas outras práticas discursivas presentes no mercado simbólico dos sistemas de saúde/enfermidade/cuidados. Tal condição obriga o sanitarismo a competir com as produções discursivas de outros agentes políticos, oriundos dos diversos sistemas de auto-atenção coexistentes no cenário social.

Rotineiramente, os profissionais da saúde não estão habilitados para reconhecer e analisar os processos socioculturais subjacentes aos modos de vida de sua clientela, e nem para neles intervir. Alguns deles podem ser capazes de reconhecer uma influência dos aspectos culturais e sociais sobre os agravos que são chamados a resolver, mas raramente desenvolvem habilidades de transformar essa percepção genérica em estratégias operativas de apoio à intervenção social (Menéndez, 2003).

Via de regra, as produções culturais, particularmente as de conjuntos sociais subalternizados, são vistas como comportamentos irracionais ou caricatos, que podem expressar idiosincrasias – como as chamadas condutas de risco – e obstaculizar a correta adoção de cuidados biomédicos. Enfim, sua principal característica é a negatividade, e precisa ser removida para que se processe a almejada promoção da saúde. Quando existente, o interesse dos profissionais da saúde em conhecer a ‘cultura popular’ ou ‘tradicional’ de seus pacientes visa principalmente à aplicação de uma receita antropológica que viabilize uma moldagem de comportamentos às premissas e recomendações do sistema médico-científico.

Em termos antropológicos, esse é o conhecido e criticado nicho da antropologia aplicada, cujo interesse pelas formas de poder e autoridade exercido sobre as culturas subalternizadas, ou por seus sistemas de doença e cura, visa à obtenção de estratégias eficientes de intervenção nessas sociedades em busca de adequar comportamentos, saberes e organização social às necessidades do desenvolvimentismo capitalista. Para muitos profissionais que trabalham na rede de serviços, essas idéias podem soar como um avanço na obtenção de respostas a problemas de não-adesão dos pacientes aos programas de saúde, o que pode explicar, também, o entusiasmo pelos ‘estudos rápidos’, desenvolvidos com a chancela de entidades de investigação científica e/ou de cooperação internacional em saúde.

CONTRIBUIÇÕES DA ANTROPOLOGIA

A complexidade do tema e as reconhecidas dificuldades dos sistemas médico-científicos em lidar com a produção social da sanidade e da doença levaram os autores citados anteriormente a buscar meios de dotar as ciências da saúde de uma melhor aproximação com seu objeto. Entre esses, a antropologia aparece como uma das ferramentas de escolha para o entendimento dos modos de vida, como deseja Almeida-Filho, ou, nos termos de Menéndez, das práticas de auto-atenção. Tal opção gera o risco de instrumentalização da antropologia pela saúde; porém, a abordagem aqui adotada distancia o campo sanitário do reducionismo biomédico e o lança no amplo domínio da cultura, instalando um campo polissêmico de negociação de sentidos capaz de eliminar as fronteiras entre esses campos disciplinares e de tornar desnecessária a distinção de quem estaria sendo instrumentalizado.⁶ Minayo (1998) elucida três níveis de interação e graus de aproximação entre a antropologia e o campo da saúde. Os estudos ‘básicos’ que costumam ser realizados no âmbito das universidades, sem repercussão direta nos serviços de saúde, habitualmente são etnografias que tratam das formas de organização social e política, da divisão de trabalho ou relações de gênero de grupos culturalmente diferenciados, situando o campo da saúde como parte, não autônoma, de um conjunto de relações sociais, políticas, econômicas e domésticas inerentes aos processos organizativos da vida em sociedade. Os estudos ‘estratégicos’ se propõem a compreender as condições de produção de atividades de serviços de saúde e de avaliação de relações institucionais e de programas; articulam saúde e antropologia em busca de subsídios para a implementação de políticas públicas. Uma característica importante desses estudos é a sua interdisciplinaridade, que exige uma dupla competência em mútua colaboração nesses campos de saber. Finalmente, os estudos ‘operacionais’ buscam compreender intenções e simbolizações dos sujeitos e grupos que interagem com os sistemas de saúde, voltando-se para o plano mais imediato da intervenção, no qual os antropólogos são convidados a colaborar e implementar programas de atenção à saúde.

Para Briceño-León (2003), as ciências sociais contribuem para delinear as características do campo sanitário por meio de estudos da formação e configurações dos sistemas de saúde, com suas respectivas redes de influência e interação. Essas ciências interrogam como se constroem historicamente os papéis sociais dos membros de suas equipes, ou como se expressam as contradições geradas por políticas públicas que propõem – como é o caso do Programa de Atenção à Saúde da Família⁷ – uma reformulação da intervenção tecnicista dos profissionais da

⁶ Menéndez (1998) é um dos autores que criticam a forma meramente instrumental como os profissionais da saúde utilizam os conceitos de ciências sociais. Segundo o autor, eles costumam manejá-los de forma acrítica, a-histórica e descontextualizada; como exemplo, cita o conceito de estilo de vida, interpretado pelos profissionais da saúde como simples comportamento de risco, assimilado a uma mera ‘variável’ em estudos estatísticos e despido do aparato teórico-metodológico com que foi originalmente concebido. Para ele, tal instrumentalização não constitui uma interação entre disciplinas, mas uma mera subalternização das ciências sociais à biomedicina e à medicalização dos problemas do paciente (Menéndez, 2003).

⁷ No Brasil o Ministério da Saúde vem desenvolvendo uma forma de atenção primária à saúde direcionada aos núcleos familiares de áreas de abrangência das unidades sanitárias. Essa estratégia se institucionalizou no Programa de Saúde da Família, cujas ações preconizam a promoção à saúde no espaço doméstico, redirecionando as rotinas de trabalho dos serviços de saúde para os espaços sociais onde o evento patológico é produzido.

saúde, preconizando a substituição (ou adição) de suas atividades habituais por agendas de negociação política em espaços transculturais.

Kleinman (1980), antropólogo-médico, chama a atenção para a necessidade da incorporação da perspectiva cultural no contexto clínico. Pioneiro na relativização da biomedicina, ele desloca o enfoque biologista da biomedicina para o reconhecimento do papel de categorias e valores culturais nos processos psicofisiológicos. Reconhece também que não há um entendimento homogêneo sobre a doença, mas que cada ator traz seu modelo explicativo para interpretar e agir diante dessa condição. O êxito do tratamento clínico depende da capacidade de entendimento das diferenças de perspectivas pelos profissionais da saúde. O autor afirma que frequentemente os profissionais não reconhecem que suas práticas, como quaisquer outras práticas de cura, são resultados de forças culturais, históricas, políticas e econômicas. Escondidas sob a objetividade e validade das concepções científicas, elas costumam veicular juízos de valor que interferem em sua eficácia e resultam numa moralização da relação profissional/paciente e na formulação das políticas públicas de saúde (Kleinman, 1995).

Nessa ótica, a antropologia oferece um complemento necessário de crítica dos pressupostos das práticas sanitárias calcadas na biomedicina (Kleinman, 1995) e viabiliza abordagens da dimensão sociocultural do processo de enfermar, permitindo incorporar a mediação da organização social como produtora do evento patológico e superar a interpretação reducionista que remete a gênese e resolução da enfermidade para o plano individual do corpo doente (Briceño-León, 2003).

Com base nessas premissas, examinamos certas áreas de atuação em atenção básica, tratando-as como situações em que as abordagens antropológicas⁸ possam contribuir para aprimorar essas práticas, sem perda da complexidade que as constitui.

Os processos de intervenção sanitária contêm práticas educativo-comunicativas implicitamente orientadas por um modelo mecanicista de comunicação, que considera como elementos interativos no processo educativo apenas o emissor, o receptor e o meio de comunicação. Nesse enfoque as condições socioeconômicas, culturais e políticas são consideradas como mero ruído de comunicação, devendo, idealmente, ser eliminadas. A comunicação é concebida como um processo em que um emissor envia mensagens a um receptor, através de um canal de comunicação, e em que essas mensagens são codificadas de forma reconhecível pelo receptor, a quem cabe a tarefa de decodificá-las (Araújo, 1999). Na relação unívoca entre emissor e receptor, o primeiro – aqui representado pelo profissional da saúde – deteria o discurso autorizado, diante de um receptor concebido como desinformado e passivo (Garnelo, 2001).

A adesão ao paradigma mecanicista de comunicação pode levar a uma supervalorização dos meios de comunicação, em detrimento dos contextos socio-histórico e cultural, onde se

⁸ Os problemas e situações aqui descritos são produtos – ainda parciais – de trabalho de pesquisa-ação, em unidades básicas de saúde, em área urbana da cidade de Manaus, estado do Amazonas.

processam as mediações que ordenam a visão de mundo e as práticas sanitárias dos usuários do sistema de saúde (Araújo, 1999; Garnelo, 2001). É o que ocorre no Nordeste do Brasil, onde a campanha de erradicação do cólera, analisada por Nations e Monte (1996), se pautou por estratégias educacionais que, além de veicularem juízos de valor sobre a população de baixa renda vítima da endemia, também ignoraram a perspectiva local, gerando acentuada estigmatização dos acometidos pela doença. Elas produziram efeitos opostos aos desejados pelas autoridades, como o repúdio às medidas sanitárias destinadas a conter o problema (Nations & Monte, 1996). Nations também conduziu, com Hebhun, estudo sobre a terapia de reidratação oral, também no Nordeste brasileiro, em que demonstraram a ocorrência de uma apropriação mistificada, pelos profissionais da saúde, de técnicas simples de atenção básica à saúde, a qual que gerava, em consequência, uma baixa adesão das mães de baixa renda a essa estratégia de controle da desidratação, com importante influência na manutenção das altas taxas de mortalidade infantil naquela região (Nations & Hebhun, 1988).

Na ignorância dos complexos mecanismos de recepção e circulação das mensagens sobre saúde, os educadores sanitários partilham a pressuposição de que seu domínio de informações técnicas sobre a determinação (biológica) de doença – desde que veiculadas por um meio de comunicação eficiente – seria condição suficiente para garantir as desejadas mudanças de comportamento da população ‘alvo’ das iniciativas de educação em saúde. Como alerta Briceño-León (2003), essa concepção cognitivista dos processos educativos nega, ou ignora, as condições efetivas de vida que subjazem à adoção (ou rejeição) de comportamentos sanitários específicos. Além disso, as intervenções informativo-educativas estimulam a adoção de padrões de comportamento autônomos e responsáveis, mas apenas para aquilo considerado ‘bom’ e ‘saúdável’ pela ciência médica, já que a ênfase na erradicação dos comportamentos considerados ‘de risco’ permanece intacta (Menéndez, 2003). Nessa abordagem utilitarista, o comportamento do doente deve ser compreendido apenas para ser modificado, atendendo às prioridades e necessidades definidas pelo sistema de saúde.

Aqui a contribuição da antropologia pode se mostrar essencial para relativizar os sentidos das idéias de risco e de causalidade de doença – que para a epidemiologia clássica se expressam apenas no plano biológico-individual – com o desenvolvimento de estudos mais precisos e interpretativos das relações entre saúde e condições de vida, capazes de incorporar também os pontos de vista do usuário dos serviços de saúde (Monte et al., 1997).

A formação dos profissionais da saúde, fundada no biologismo e no individualismo, não os habilita a distinguir uma idiosincrasia individual de um padrão grupal de comportamento, forjado a partir de produções culturais específicas. Habitualmente a interação entre profissionais e pacientes exclui as referências socioculturais que permitiriam apreender estes últimos como agentes de transformação do meio social. Os usuários dos serviços são representados – a partir de impressões sobre as vivências singulares obtidas na consulta – como entidades discretas, destituídas de interações sociais que forneceria inteligibilidade ao seu perfil de agentes políticos.

Assim, pode-se observar a perplexidade das equipes de saúde da família diante das demonstrações de força de partidos políticos, minorias étnicas, associações de defesa dos direitos civis, ou de grupos criminosos, quando tais agentes políticos intervêm, às vezes diretamente, nas rotinas e práticas das unidades de saúde. Desprovidos do necessário conhecimento sociológico que lhes viabilizaria o acesso à dinâmica desses micropoderes, os profissionais quedam-se impotentes para intervir com interações produtivas nas redes de poder que modulam a demanda, e às vezes a oferta, por serviços de saúde.

A atenção à saúde prestada no interior da unidade básica neutraliza as origens socio-históricas dos doentes, que são representados como um conjunto amorfo de indivíduos que ocorre ao serviço em busca de solução para seus males. O atendimento recebido funda-se na assimetria e na subalternização, forjadas pelas normas e rotinas do espaço sanitário. Ao promover a 'ida' do pessoal de saúde 'à comunidade', estimulando a interação dos profissionais com os grupos familiares, o Programa Saúde da Família retira a moldura protetora do serviço que circunscreve e molda as relações terapêuticas, e transporta as equipes para os territórios regidos pela lógica comunal, com a qual essas equipes não dispõem de aparato teórico-metodológico (ou mesmo prático) para lidar. A iniciativa do PSF despe as equipes dos atributos materiais e simbólicos que caracterizam sua prática profissional, mas não vem oferecendo recursos ou estratégias que os substituam.

Lançados numa nova e desconhecida cena social onde estão desprovidos de pontos de referência e de ferramentas eficazes para intervenção, os profissionais da saúde contam apenas com suas habilidades e carisma pessoal, suas experiências e o senso comum para refletir sobre as condições de vida desse 'outro' que se torna objeto de seu trabalho.⁹ A falta de precisão conceitual da categoria 'família' – elemento-chave das ações programáticas – também contribui para gerar uma naturalização do conceito e a utilização de uma concepção distorcida de família (nuclear, burguesa, branca, urbana etc.) como referência para a intervenção sanitária.

Outra consequência da abordagem individualista dos serviços pode ser observada na prevenção e controle da hipertensão arterial em idosos, que estimula a adoção de dietas saudáveis e o uso regular da medicação anti-hipertensiva. A ênfase do trabalho recai sobre o paciente cadastrado na unidade, e o desconhecimento das relações familiares impede os profissionais da saúde de perceber que, freqüentemente, o idoso tem pouco ou nenhum controle sobre a seleção e as formas de preparo dos alimentos. Na terceira idade essas atribuições podem ser monopolizadas por outros membros da família pouco sensibilizados, ou motivados, para seguir as prescrições dietéticas advindas do espaço sanitário que, de resto, são direcionadas apenas para o doente e não para os ocupantes do espaço doméstico como um todo. A essa conjuntura associam-se as restrições de poder aquisitivo, a cultura alimentar prévia, e outros elementos sociopsicológicos, nunca equacionados, que tornam vãos os esforços educativos das equipes de saúde.

⁹ A esse respeito sugerimos a leitura do sensível e poético depoimento da experiência de Iracema Benevides (2001) no Programa Saúde da Família, citado na bibliografia.

Os sentidos da experiência de envelhecimento e da condição de doente crônico permanecem obscuros, assim como o simbolismo da alimentação e da privação representada pela dieta; perpetua-se o enfoque biomédico e inviabiliza-se a possibilidade de uma abordagem processual dos modos de vida dos idosos.

Da mesma forma, o desconhecimento das mediações estabelecidas entre os saberes biomédicos e as produções culturais da clientela obscurece o entendimento das apropriações e ressignificações das mensagens educativas, das atividades de atenção básica em geral e das transformações históricas dos sistemas culturalmente diferenciados de saúde/enfermidade/cuidados. Ele obscurece o entendimento de como tais simbolizações influem sobre as atitudes, demandas e expectativas dos usuários nas negociações e inter-relações com os serviços de saúde.

Em outros programas, como o de Agentes Comunitários de Saúde, instaurou-se uma mística em torno da figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS), caracterizado como 'a chave' para a interação com a 'comunidade', sem um adequado questionamento da legitimidade de sua posição no contexto em que atua. O velamento para as equipes de saúde das tensões e contradições comunais, aliado ao seu despreparo para enfrentá-las, pode deixá-las reféns¹⁰ da atuação do agente de saúde, sem que tais equipes consigam apreender os conflitos subjacentes (ou precedentes) ao trabalho deste mediador. Como partícipe de um cenário de conflagrações políticas, o agente de saúde não é um elemento neutro nas tensões e nas questões faccionais estruturadas em torno das disputas por bens e serviços de saúde e pelo poder político de base comunal; via de regra, sua própria indicação ao cargo já é produto (e produtora) desse jogo de poder, para cujo exercício ele angaria alianças e coleciona desafetos.

O adequado entendimento das relações políticas travadas pelos agentes comunitários de saúde – e do impacto delas sobre a prestação de cuidados básicos de saúde no âmbito comunal – só poderia ser obtido por meio de uma análise cuidadosa do socioambiente que cerca a unidade de saúde e do mapeamento minucioso da rede de micropoderes ali desenhada, na qual o ACS se insere como membro – ora legítimo, ora excluído – em situações que podem variar ao sabor das conjunturas políticas que ali se desenvolvem.

Menéndez (2003) assinala que apesar das reiteradas recomendações de pesquisadores, profissionais e autoridades sanitárias de que se aprimore a relação entre profissional da saúde e paciente, as rotinas efetivamente desenvolvidas no dia-a-dia têm se encaminhado na direção oposta. Os processos de trabalho em unidades de atenção básica estão organizados na forma de atos rápidos, tecnicados e impessoais, que buscam essencialmente o diagnóstico e a terapêutica, e dificultam o estabelecimento de relações respeitadas e culturalmente sensíveis

¹⁰ Entre as situações observadas, as mais graves são aquelas enfrentadas pelas equipes dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, cuja insegurança de atuação em espaços interculturais e o desconhecimento da língua e cultura dos povos indígenas podem promover uma desmesurada ampliação do papel do agente indígena de saúde e a delegação de atribuições para cujo desempenho ele não tem preparo nem habilitação. Nesse contexto, observa-se uma tendência, por parte do agente de saúde, a monopolizar as mediações estabelecidas entre as equipes de saúde e os membros do grupo étnico.

entre profissionais e clientela. O levantamento etnográfico desses cotidianos poderia explicitar como a formação do pessoal da saúde (marcada pelo biologismo) e a organização de processos de trabalho moldados pela exigência de mercado inviabilizam o estabelecimento de interações personalizadas e abrangentes, capazes de propiciar o entendimento dos vínculos sociais que as configuram.

O controle social remete às estratégias de empoderamento de grupos subalternizados em um mundo globalizado, gerando movimentos sociais em busca de direitos de cidadania cuja lógica organizativa não decorre mais da participação em processos produtivos – sufocados pela massiva extinção de postos de trabalho no capitalismo tardio –, e sim da adesão a grupos mundializados de consumidores e de interesses, gerando identidades políticas sem precedentes na história (Cohn, 2003). Esses cenários exigem o entendimento da legitimidade da inserção social dos agentes políticos que consomem produtos e serviços e fazem controle social em saúde e das formas como se dá tal inserção. Como eles se organizam? Como definem seus interlocutores? Que linguagem e estratégias praticam? Em outras palavras: como os profissionais da saúde devem lidar com esses agentes políticos? Sobre que bases devem orientar sua ação?

A resposta a esses questionamentos pode ser obtida com pesquisa social, direcionada, por um lado, para o reconhecimento do amplo conjunto de mediações políticas que geram e implementam as políticas públicas e dos processos políticos que modulam a participação dos usuários nos colegiados decisórios do sistema único de saúde. Por outro lado, uma configuração adequada do controle social também exige o mapeamento dos micropoderes exercidos nos conjuntos sociais atuantes nas áreas de abrangência das unidades de atenção básica.

Na experiência brasileira, os programas de intervenção sanitária carecem de um adequado suporte de pesquisa social, não tendo estabelecido parâmetros claros de atuação calcados no conhecimento sistemático da realidade em que atuam. Seus profissionais tendem a desconhecer a dinâmica de interação socio-político-cultural dos espaços intra e interdomiciliares e dos núcleos familiares que os povoam, usando predominantemente categorias espontâneas de entendimento da realidade, instaurando assim um terreno fértil para o etnocentrismo, o autoritarismo e a perpetuação do estranhamento de sua própria clientela.

A ANTROPOLOGIA E A SAÚDE INDÍGENA

As reformulações das políticas de saúde para os povos indígenas fazem parte da reforma sanitária que vem sendo implantada no Brasil e compartilham os mesmos princípios e problemas encontrados nas estratégias de atenção básica dirigidas a outros segmentos da sociedade brasileira, entre as quais a garantia de acesso universal e igualitário às ações e serviços para a prevenção e manutenção de saúde e a participação da comunidade no controle social. Ambas são consideradas como direitos de cidadania no Estado democrático (Brasil, 2002).

Como conseqüência dessas diretrizes, o Estado brasileiro organizou para os povos indígenas, considerados pelo Sistema Único de Saúde como um dos “segmentos da população expostos a situações de risco”, um subsistema de atenção básica nas áreas indígenas. Da mesma forma, a legislação referente à saúde indígena especifica a necessidade de respeito às práticas culturais e aos saberes tradicionais das comunidades, inserindo-os, sempre que possível, nas rotinas do trabalho em saúde (Langdon 2000). Ou seja, há uma explícita preocupação na legislação brasileira com a necessidade de articular as práticas sanitárias oficiais e com as diversas formas indígenas de auto-atenção, tal como definidas por Menéndez (2003).

Dadas essas premissas, revisaremos alguns aspectos teóricos da discussão, buscando apreender suas contribuições no campo específico da atenção à saúde dos povos indígenas. Retomaremos então as categorias de estudos antropológicos no campo da saúde, sugeridas por Minayo (1998), examinando o potencial de sua contribuição para a reformulação das práticas da atenção à saúde indígena.¹¹ Subseqüentemente, realizaremos uma avaliação crítica sobre as dificuldades da intervenção antropológica e alguns impasses na colaboração entre os antropólogos e profissionais da saúde.

Em saúde indígena os estudos ‘básicos’ de antropologia têm tratado das formas de parentesco, da organização social e política, da cosmologia e religião, da mitologia, das técnicas de sobrevivência e da vida ritual dos povos indígenas. Por vezes a importância de tais estudos não é imediatamente apreendida no plano da atenção, mas esses elementos são constitutivos do sistema de saúde indígena, cuja organização remete necessariamente às representações do mundo e das suas práticas cotidianas, que se relacionam às formas de reprodução biossocial, ou seja, às práticas de auto-atenção no sentido lato.

Estudos sobre a cosmologia costumam ser temas centrais nas pesquisas etnográficas indígenas e tratam dos sistemas simbólicos que fundamentam o lugar do humano num universo cíclico de energia, impulsionado pelas relações dinâmicas deste mundo com os outros, do homem com a natureza, da vida com a morte, da predação com a sociabilidade, da saúde com a doença e do rito com a cura (Viveiros de Castro, 1996). Essa visão simbólica orienta as práticas indígenas de auto-atenção, reconhecendo que os xamãs (pajés), como mediadores centrais das relações que influenciam no destino dos homens, têm um papel central nas práticas de saúde no sentido lato.

Do mesmo modo, as representações e práticas corporais são reconhecidas como elementos-chave para o entendimento das sociedades e da cosmologia dos povos indígenas americanos, nas quais a pessoa é fabricada através dos ritos e outras práticas culturais (Seeger et al., 1987; McCallum, 1998) que se ligam à sexualidade, coletividade, sociabilidade, alimentação e a dietas, à morte e ao nascimento, momentos e espaços de intervenção dos profissionais da saúde indígena.

¹¹ Este ensaio não pretende ser uma revisão da literatura. Assim, as referências citadas devem ser interpretadas como exemplos dos estudos em antropologia da saúde indígena.

Na última década temos visto a consolidação do subcampo ‘antropologia da saúde’, contemplando estudos e teorias que enfocam especificamente os sistemas médicos e as práticas de saúde pertencentes ao nível mais nuclear da auto-atenção, ou seja, o estudo das representações e práticas relacionadas ao processo saúde-doença-atenção no sentido restrito. Essas pesquisas são dedicadas à descrição dos sistemas médicos nativos e buscam entender como os grupos diagnosticam, explicam e tratam as doenças.¹² Algumas enfocam os vários especialistas tradicionais e as formas de cura ou acompanham os casos de doenças para identificar o itinerário terapêutico.

Particularmente relevantes para se entender as formas atuais de auto-atenção são as pesquisas que analisam a pluralidade de sistemas médicos e a percepção e apropriação de tratamentos biomédicos (Morgado, 1994; Novaes, 1996) pelos grupos indígenas. Estas últimas ressaltam a dinâmica das práticas de auto-atenção, superando uma visão estanque da cultura e explicitando a noção de doença como um processo de construção sociocultural (Langdon, no prelo).

Embora se originem de programas universitários de pesquisa, e não por solicitação explícita de programas de saúde, a maioria desses estudos é de tipo ‘estratégico’, têm a preocupação de contribuir com as políticas públicas e são altamente relevantes para a articulação de atenção básica com as práticas de auto-atenção, podendo fornecer subsídios para o desenvolvimento de serviços culturalmente diferenciados e adequados às necessidades nativas.

A colaboração entre os antropólogos e os pesquisadores dos campos médicos e biológicos tem uma longa história, porém até recentemente ela se limitou a objetivos do paradigma biomédico que configura o modelo médico hegemônico. A abordagem interdisciplinar de ecologia humana forneceu um dos primeiros paradigmas teóricos para a ‘antropologia médica’ e foi importante para a consolidação do campo da antropologia de saúde. Porém, naquela abordagem a saúde foi apreendida apenas pelos critérios biologists, sem uma perspectiva crítica dos processos saúde e doença, e sem a incorporação das representações e formas de auto-atenção das populações estudadas (Armêlagos et al., 1991).

O crescimento do campo atual da antropologia da saúde no Brasil nos últimos 20 anos favoreceu a colaboração entre antropólogos, epidemiologistas, nutricionistas e outros profissionais da saúde, seja para o trato de questões teórico-metodológicas ou para o estudo de políticas públicas.¹³ Tais enfoques adotam um olhar crítico sobre a situação sanitária dos índios, vista como conseqüente à pobreza, à marginalização, ao preconceito e à iniquidade por eles enfrentados. Elas demonstram que o perfil epidemiológico precisa ser entendido como resultante dos fatores socio-culturais, históricos e econômicos que se geraram nas relações interétnicas (Coimbra Jr. et al.,

¹² Veja Buchillet (1991), Santos & Coimbra (1994) e Santos & Escobar (2001) para exemplos dos temas nos estudos de saúde indígena.

¹³ A formação do Grupo de Trabalho na Associação Brasileira de Saúde Coletiva em 2000 representa a consolidação desses esforços. Seus objetivos centrais são: “(a) fomentar discussões acerca do estado atual das pesquisas sobre saúde indígena, prioritariamente nas áreas de epidemiologia e antropologia da saúde e (b) identificar lacunas do conhecimento, *propor linhas de investigação e formas de articulação das instituições de pesquisa e ensino com os serviços de saúde e as comunidades indígenas*” (Coimbra Jr.; Santos & Escobar, 2003:9, grifos dos autores).

2002). No campo da nutrição, os métodos antropológicos são aplicados para se entender os aspectos culturais das práticas alimentares que determinam os valores e práticas de consumo.

A farmacologia antropológica investiga a produção, distribuição, percepção e consumo de produtos farmacêuticos industrializados, como parte constitutiva das práticas de auto-atenção (Etkin & Tan, 1994). Esse campo se consolidou na década de 1980 com o crescimento de pesquisas interdisciplinares preocupadas com uso de fármacos nas sociedades em desenvolvimento.

No Brasil, a hipermedicalização e a automedicação praticadas pelos índios vêm sendo reconhecidas como problema. O relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena propõe “o estabelecimento de limites de utilização dos medicamentos de forma responsável e uma articulação com os remédios fitoterápicos na atenção básica” (Ministério de Saúde/Funasa, 2001, Propostas 112 e 113). Pesquisas interdisciplinares têm contribuído para a compreensão da demanda por remédios industrializados (Garnelo & Wright, 2001), das perspectivas indígenas dos medicamentos e das práticas de automedicação (Diehl, 2001).

Diehl (2001), utilizando métodos antropológicos, observou a micropolítica de um posto de saúde, revelando como a consulta médica tende a resultar em medicalização dos problemas de saúde e como as negociações de poder entre os médicos e os auxiliares em enfermagem, e de ambos com os usuários, resultaram numa distribuição irracional dos medicamentos. Trabalhos como esse permitem o exame crítico da percepção, consumo e distribuição de medicamentos industrializados, orientando-se por preocupações políticas e práticas que são altamente relevantes para a atenção básica.

As pesquisas voltadas para uma epidemiologia sensível ao olhar antropológico contrapõem-se ao paradigma biológico, considerando o processo saúde-doença como um resultado de forças, não apenas biológicas, mas também econômicas, sociais e políticas. Tais investigações também fornecem dados específicos sobre os povos estudados, contribuindo para a melhoria da resolubilidade da atenção básica.

O crescimento, tanto da legislação sobre saúde indígena quanto do campo da antropologia da saúde no Brasil, possibilitou o incremento do número de universidades com atividades em pesquisa, ensino e assessoria no campo de saúde indígena nos últimos 15 anos. Entre os prestadores de serviços, diversos programas de intervenção em saúde, como os de controle das DST/Aids, controle do alcoolismo, de saúde da família e da mulher, têm assinalado a necessidade do acompanhamento antropológico das ações de saúde indígena (Brasil, 2001a, 2001b; Fundação Nacional de Saúde, 2002).

Documentos oficiais do Ministério da Saúde recomendam a criação de comissões multidisciplinares de assessoria técnica de vigilância em saúde nos distritos sanitários, que contem, também, com a presença de antropólogos entre outros (Fundação Nacional de Saúde, 2002). As propostas da última conferência, realizada em 2001, incluem a incorpo-

ração de um antropólogo em cada equipe interdisciplinar dos distritos sanitários responsáveis pela execução da atenção à saúde nas áreas indígenas. Tais recomendações ainda não se tornaram realidade, porém já é possível encontrar antropólogos participando em várias atividades de saúde dirigidas aos povos indígenas, como nos programas de treinamento e capacitação de profissionais da saúde e indígenas que atuam como multiplicadores de processos pedagógicos e de controle social.

Essas intervenções usualmente pontuais são geralmente realizadas por profissionais vinculados aos vários núcleos de pesquisa universitários. Nessas atividades os antropólogos são chamados por deterem conhecimento específico sobre a cultura do grupo indígena atendido, ou por seu conhecimento geral na antropologia da saúde ou da educação. Em tais situações, uma estratégia freqüentemente utilizada é a de traduzir de forma sistemática, em linguagem acessível, os dados etnográficos disponíveis e que se mostrem relevantes para subsidiar o trabalho das equipes de saúde com a sua clientela indígena (Buchillet 1998); tal desempenho parece representar uma das principais expectativas para a atuação do antropólogo no campo da saúde indígena, e corre o risco de instrumentalização do saber antropológico, como já dito aqui. Outro papel relevante por eles desempenhado tem sido a assessoria antropológica para garantir uma interação respeitosa entre equipes de saúde e grupos indígenas.

Porém, a integração de antropólogos nas equipes de saúde de atenção básica permanece pouco comum. Talvez a forma de intervenção mais inovadora, particularmente considerando as relações hierárquicas entre os índios e os profissionais, seja a contratação dos antropólogos pelas próprias organizações indígenas para assessorar suas ações em saúde.

Duas áreas temáticas vêm demandando pesquisas antropológicas de intervenção. A primeira trata da análise dos processos políticos da implantação e funcionamento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Apesar do acompanhamento dos antropólogos na criação do subsistema de saúde e da sua inserção atual nos níveis nacionais e locais das atividades de saúde, ainda faltam investigações sistemáticas sobre os processos de controle social, as formas de representação e participação das comunidades indígenas, e o papel do Agente Indígena de Saúde. Há, igualmente, uma grande carência de pesquisa avaliativa de programas de atenção básica dirigidos aos povos indígenas.¹⁴ E, embora o Programa de Nacional de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids e a Funasa tenham ressaltado as DST, o alcoolismo e o suicídio como problemas prioritários de saúde, existem ainda poucos estudos que apreendam a complexidade desses fenômenos e propiciem avaliações das rotinas de prevenção e recuperação capazes de promover a redução de tais agravos.

¹⁴ Garnelo e colaboradores (1997) realizaram uma avaliação sobre um projeto de educação em saúde, outra sobre cinco distritos sanitários (Garnelo & Brandão, 2003), e uma avaliação geral do funcionamento dos DSEIs (Garnelo, Macedo & Brandão, 2003), mas temos pouco conhecimento sobre estudos de avaliação das atividades de atenção básica (Erthal, 2003).

Em geral ainda existe pouca compreensão entre a maior parte dos profissionais que trabalham com saúde indígena, e mesmo entre os antropólogos, sobre o significado e a importância de atenção diferenciada. Os primeiros anos da existência dos Distritos exigiram a superação de diversos problemas organizacionais para garantir serviços de saúde em todas as áreas indígenas do país, caracterizadas por situações bastante diferenciadas de contato com a sociedade envolvente, de condições de vida e de acesso aos serviços de saúde e exigindo abordagens culturalmente sensíveis que pouco puderam ser operacionalizadas.

Tal contexto pode explicar, em certa medida, a predominância da atenção massificada à saúde, atualmente vigente nas áreas indígenas, que não leva em conta a especificidade étnica do grupo e suas práticas de auto-atenção. No nível nacional não se viabilizou nos Distritos Sanitários o desenvolvimento de práticas de atenção, diferentes do modelo biomédico hegemônico. O assunto não se configura como uma das prioridades de gestão do subsistema de saúde indígena, apesar de a necessidade de respeito às especificidades culturais e aos saberes e práticas de saúde indígena vir sendo reafirmada nos últimos 15 anos no Brasil.

As equipes de saúde parecem pouco entender o que deve, ou pode, ser a contribuição da antropologia para a construção da atenção básica para os índios. Como afirmamos anteriormente, o modelo médico hegemônico continua sendo a base da prestação de serviços entre povos indígenas, e os profissionais da saúde geralmente não têm uma formação que lhes permita refletir sobre as características e potencialidades de outros modelos de atenção à saúde e adotar abordagens integrais menos biológicas e individualistas. Existe, assim, uma tensão entre a percepção antropológica sobre atenção básica e a dos profissionais da saúde, tensão que se manifesta mais freqüentemente em conflitos na arena política e não na de saúde.

Observa-se ainda um impasse entre as noções que antropólogos e profissionais da saúde têm sobre a cultura. Esse impasse tem desdobramentos nas expectativas referentes ao papel do antropólogo na atenção básica. Os profissionais da saúde costumam partilhar a noção corriqueira de 'cultura' como um conjunto fixo e homogêneo, composto de elementos exóticos e estanques, ou seja, de 'traços' que caracterizam um grupo e seu comportamento. Para as equipes de saúde, tais elementos dificultariam o entendimento, pelos indígenas, dos princípios e das indicações da biomedicina, podendo se tornar obstáculos na aceitação de tais práticas. Há uma tendência a simplificar a percepção indígena sobre saúde e doença, representando seus elementos-chave como categorias opostas e mutuamente excludentes, tais como xamã-médico (ignorando os muitos outros especialistas indígenas e práticas de auto-atenção); doença do índio-doença do branco; magia-ciência etc.

Esse tipo de percepção por parte dos profissionais dificulta o reconhecimento de que os índios, como outros segmentos da população, aproveitam de vários sistemas alternativos de saúde disponíveis, sejam estes oriundos das tradições indígenas, populares ou biomédicos, os quais são avaliados e apropriados segundo a eficácia que neles percebem. As fronteiras entre a biomedicina e as medicinas tradicionais são muito permeáveis, o que torna o itinerário tera-

pêutico indígena bastante complexo e composto de diversos fatores. O campo social está permeado por várias tradições e inovações, uma situação que pode ser chamada de ‘intermedicabilidade’, caracterizada por Greene (1998) como uma multiplicidade de atores e de negociações de poderes que fazem parte das interações entre sistemas de cura e cuidados.

Um dos resultados dessa percepção dos profissionais sobre a cultura é a expectativa de que o antropólogo deve ser capaz de descrever, para as equipes de saúde, os elementos da cultura necessários para garantir a eficácia de serviços e procedimentos. Ou seja, contribuindo para que as equipes logrem modificar os comportamentos indígenas tidos como não saudáveis pela biomedicina, tornando-se dóceis às instruções e prescrições dos profissionais da saúde. O trabalho do antropólogo seria, assim, colocado a serviço dos profissionais da saúde, abandonando-se seu método particular de ‘olhar’ e ‘ouvir’ (Oliveira, 1998). Se cumpridas, tais premissas representariam uma subversão do método antropológico, voltado para perceber o outro e para entender sua própria visão sobre o mundo, ou seja, estaria sendo desperdiçada a contribuição mais essencial da antropologia para o aprimoramento das práticas sanitárias voltadas para grupos culturalmente diferenciados.

Uma contribuição essencial do antropólogo está no campo da capacitação de recursos humanos em saúde, não para descrever os elementos culturais de outros povos, mas para sensibilizar e capacitar os profissionais, para utilizar o método antropológico nas interações com os pacientes, na busca da integralidade da atenção. Nessas situações, o objetivo da capacitação não seria converter o profissional da saúde em antropólogo, mas contribuir para ampliar sua visão sobre os processos de saúde e doença, auxiliando-os a articular suas intervenções com os saberes e práticas de auto-atenção. Isso exige que a própria forma de conduzir a relação médico-paciente seja reformulada, de modo a permitir uma relação igualitária, na qual a voz do paciente se expressa através de sua narrativa feita para um ouvinte atento e interessado na apreensão de seus significados culturais e médicos (Menéndez, 2003).

Um outro problema de expectativas sobre o papel do antropólogo está relacionado com a natureza política, tanto local quanto nacional, dos serviços de saúde indígena. A antropologia brasileira tem uma longa história em práticas de intervenção e de formulação da política indigenista do país (Oliveira Filho, 1989; Oliveira, 1978). Historicamente, a maior parte dessas atividades se concentrou nos esforços para garantir os direitos dos índios na legislação brasileira e apoiar os índios na defesa de suas terras, participando dos processos de demarcação de terras indígenas. Com o crescimento do movimento indígena, os antropólogos não se vêm desempenhando um papel assistencialista, ou seja, de representantes da voz do índio.

Existe uma tradição de reflexão entre os antropólogos sobre seu papel em situações interculturais marcadas por polifonia, negociação de poderes, iniquidades, conflito interétnico e disputas territoriais (Bonfil, 1981; Armas, 1981). A chamada ‘antropologia da ação’ concebe a tarefa do antropólogo mais como o “estabelecimento de um nexos de sentido entre os vários atores e territorialidades” (Oliveira-Filho, 1999:185). Intervenções políticas no campo da saú-

de são mais recentes em comparação com as de defesa de direitos e terra. Porém, seguindo a tradição do indigenismo e a ação indigenista (Oliveira-Filho, 1998), os antropólogos percebem suas práticas de intervenção em saúde como essencialmente políticas.

Assim, a tensão entre os profissionais da saúde e os assessores antropológicos constitui-se não só pelas diferenças entre os campos de conhecimento, mas também pelas diferenças políticas na percepção da construção das relações interétnicas. Enquanto que muitos profissionais adotam uma postura assistencialista ou salvacionista com as minorias marginalizadas, os antropólogos percebem situações de intermedicalidade, marcadas por negociações de poderes diante da presença de várias alternativas de cuidados em saúde, e uma desigualdade inerente às relações entre os índios e os profissionais da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como já dito aqui, esta discussão não pretende esgotar a temática da colaboração entre as ciências sociais e as práticas sanitárias, propondo-se apenas a problematizar alguns dos recentes avanços do campo das ciências sociais aplicadas à saúde, e a identificar nichos de saberes e práticas que, sendo parte essencial da prestação da atenção básica, não dependem diretamente da reformulação metodológica da epidemiologia para acomodar 'temas sociais'.

Nesta revisão tentou-se demonstrar a contribuição da antropologia como ferramenta de reformulação das práticas sanitárias na atenção básica, auxiliando na superação dos atuais desencontros entre análises genéricas de macro-realidades socioeconômicas e os microcontextos onde atuam as equipes de saúde. A redução convencional desses contextos a variáveis como renda e escolaridade inviabiliza uma descrição adequada dos espaços sociais onde se produzem o evento patológico e as estratégias de auto-atenção. Nesta perspectiva, consideramos o método antropológico como via de enriquecimento das análises das desigualdades em saúde, que contribui para a percepção totalizante da relação entre saúde e condições de vida, permitindo detalhar os modos como se produz o trinômio saúde-doença-cuidados e propiciando uma aproximação estratégica da integralidade da atenção.

Obviamente, tais medidas são incapazes de produzir, por si sós, o aprimoramento das práticas sanitárias, uma vez que sua reformulação depende do redimensionamento do modelo médico hegemônico, que é voltado para a medicina curativo-individual. A influência do viés biológico limita o diálogo interdisciplinar, aprofunda as assimetrias entre as ações médicas e as de auto-atenção e limita o aproveitamento dos estudos antropológicos disponíveis. Porém, o desejado redimensionamento do modelo de atenção passa pela organização de serviços capazes de articular sua dinâmica interna com as práticas de auto-atenção da população e, nesse caso, os estudos etnográficos podem contribuir para a descrição e análise dos sistemas autônomos de cura e cuidados, demonstrando sua racionalidade intrínseca e os modos como se ligam aos processos simbólico-rituais das culturas contra-hegemônicas dos usuários dos serviços de saúde.

Tal raciocínio pode ser mais enfático quando dirigido aos cuidados de saúde dos grupos indígenas, cuja medicina não pode ser separada do conjunto da organização de suas sociedades e cuja lógica interna pode ser encontrada nos processos simbólicos dos ritos e mitos que expressam sua cosmologia e visão do mundo. Em sentido amplo, as estratégias indígenas de auto-atenção se expressam nas práticas cotidianas das relações de parentesco e gênero, nos saberes e técnicas de subsistência, na constituição das famílias e em outros tópicos de sua vida social. É no desenho das etnografias específicas sobre as culturas dos grupos indígenas que se produz o material necessário para o entendimento de suas práticas de auto-atenção e das formas como elas interagem com as políticas públicas de saúde.

A preocupação com atenção diferenciada e sensibilidade cultural de programas de saúde estimulou o diálogo interdisciplinar e a colaboração dos antropólogos nas práticas cotidianas de alguns espaços do Sistema Único de Saúde no Brasil. Nesse caso, a relevância dos estudos estratégicos de antropologia e a colaboração interdisciplinar se tornam mais evidentes e compreensíveis para os profissionais da saúde. Porém, esses são espaços minoritários no SUS, e sem uma ampla reformulação de toda a atenção básica as colaborações entre antropólogos e sanitaristas tendem a permanecer escassas, limitadas e pouco relevantes.

Por outro lado, a aplicação do conhecimento antropológico na atenção básica em saúde é ainda um campo em construção, que demanda mais investigações e interações concretas entre os dois tipos de saber. Por ora, a operacionalização do método antropológico nos processos de organização dos serviços ainda permanece pouco delineada, exigindo um amplo desenvolvimento que possibilite a abordagem adequada das relações entre práticas sanitárias de sistemas oficiais de saúde e os modos de vida e sistemas de auto-atenção dos usuários.

Tal tarefa se complexifica quando relembramos que a cultura dos grupos sociais atendidos não é um composto de 'traços' concretos imutáveis que podem ser instrumentalizados para promover a articulação entre os saberes médico-científicos e os populares. As produções culturais são históricas, mutáveis e contextuais, emergindo através da práxis do cotidiano na qual os atores atribuem significados aos eventos e aos seus atos, o que pode se dar em desacordo com as necessidades e prioridades estabelecidas pelos profissionais e serviços de saúde.

O olhar relativista da antropologia exercita a capacidade de respeitar o outro, limita o etnocentrismo da biomedicina, propicia a redução das assimetrias entre saberes científicos e não-científicos e o reconhecimento das necessidades e prioridades dos usuários. Os antropólogos podem contribuir para o entendimento de como processos socioeconômicos gerais se expressam em realidades particulares, influenciando nas demandas e recusas por serviços de saúde e nos modos como as populações autóctones desenvolvem representações e práticas de cura e cuidados de saúde.

Não existem fórmulas ou receitas antropológicas que resolvam os problemas da articulação entre organização da atenção e os modos de vida da população. Para que a potencial contri-

buição da antropologia na atenção básica seja plenamente viabilizada, é necessário que se estabeleça uma colaboração interdisciplinar e intercultural entre antropólogos, equipes de saúde e usuários, num compromisso de todos com o diálogo e a experimentação de novas formas de articulação de saberes e pontos de vista.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA-FILHO, N. *A Clínica e a Epidemiologia*. Salvador, Rio de Janeiro: APCE, Abrasco, 1992.
- ALMEIDA-FILHO, N. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, II(1/2):5-20, 1997.
- ALMEIDA-FILHO, N. *A Ciência da Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- ALMEIDA-FILHO, N. Integração metodológica na pesquisa em saúde: nota crítica sobre a dicotomia qualitativo-quantitativo. In: GOLDEMBERG, P.; MARSIGLIA, R. & GOMES, M. H. (Orgs.) *O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- ARAÚJO, I. *A Reconversão do Olhar: prática discursiva e produção dos sentidos na intervenção social*. São Leopoldo: Editora Usininos, 1999.
- ARMAS, M. N. A antropologia aplicada no México e seu destino final: o indigenismo. In: JUNQUEIRA, C. & CARVALHO, E. A. (Orgs.) *Antropologia e Indigenismo na América Latina*. São Paulo: Cortez, 1981.
- ARMELAGOS et al. Biocultural synthesis in medical anthropology. *Medical Anthropology Special Issue: the application of theory in medical anthropology*, 14(1):35-52, 1991.
- BAKTHIN, M. *Marxismo e Filosofia da Linguagem*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- BENEVIDES, I. Viagens pelos caminhos do coração: uma abordagem em verso e prosa sobre as possibilidades e limites do Programa de Saúde da Família. In: VASCONCELOS, E. (Org.) *A Saúde nas Palavras e nos Gestos: reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001.
- BONFIL, G. Do indigenismo da revolução à antropologia crítica. In: JUNQUEIRA, C. & CARVALHO, E. A. (Orgs.) *Antropologia e Indigenismo na América Latina*. São Paulo: Cortez, 1981.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Anais da 1ª Oficina Macrorregional de Estratégia, Prevenção e Controle das DST/Aids para as Populações Indígenas das regiões Sul e Sudeste, e do Mato Grosso do Sul, Londrina. Brasília, Londrina: Coordenação Nacional de DST/Aids/Programa Municipal para DST/Aids/Alia, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Seminário sobre Alcoolismo e DST/Aids entre os Povos Indígenas. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de DST e Aids, 2001a. (Seminários e congressos, 4)
- BRASIL. Ministério da Saúde. III Conferência Nacional de Saúde Indígena - Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: avanços, desafios e reafirmação de princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, ago. 2002. www.funasa.com
- BRICEÑO-LEÓN, R. A cultura da enfermidade como fator de proteção e de risco. In: VERAS, R.; BARRETO, M. & ALMEIDA-FILHO, N. (Orgs.) *Epidemiologia: contextos e pluralidades*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1998.
- BRICEÑO-LEÓN, R. Las ciencias sociales y la salud: um diverso y mutante campo teórico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1):33-46, 2003.
- BUCHILLET, D. (Org.) *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. Belém: MPEG/Cejup/UEP, 1991.

- BUCHILLET, D. Levantamento e avaliação de projetos de saúde em áreas indígenas da Amazônia Legal. Suporte a projetos de saúde culturalmente sensíveis. Subsídios aos Projetos Demonstrativos para Populações Indígenas/PDI, no âmbito do Programa Integrado de Proteção às Terras e Populações Indígenas da Amazônia Legal (PPTAL). Relatório de consultoria antropológica. Brasília: Ministério da Saúde, nov. 1998.
- CASTRO, R. Ciencias sociales y salud en México: movimientos fundacionales y desarrollos actuales. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1):47-62, 2003.
- CERNEA, M. Re-tooling in applied social investigation for development planning: some methodological issues. SCRIMSHAW, N. & GLEASON, G. (Eds.) *Rapid Assessment Procedures: qualitative methodologies for planning and evaluations on health related programmes*. Boston: INFDC, 1992.
- COHN, A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1):9-18, 2003.
- COIMBRA JR. et al. Integração entre epidemiologia e antropologia. *História, Ciências, Saúde*, VI(3):689-704, 2000.
- COIMBRA JR., C.; SANTOS, R. V. & ESCOBAR, A. L. Apresentação. In: COIMBRA JR., C.; SANTOS, R. V. & ESCOBAR, A. L. (Orgs.) *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, Abrasco, 2003.
- COIMBRA JR., C. et al. *The Xavante in Transition: health, ecology and bioanthropology in Central Brazil*. Ann Arbor: University of Michigan Press, 2002.
- CORREIA, M. V. C. *Que Controle Social? Os conselhos de saúde como instrumento*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.
- DIEHL, E. *Entendimentos, Práticas e Contextos Sociopolíticos do Uso de Medicamentos entre os Kaingáng (Terra Indígena Xaçecó), Santa Catarina, Brasil*, 2001. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- ERTHAL, R. A Formação do agente de saúde indígena Tikuna no Alto Solimões: uma avaliação crítica. In: COIMBRA JR., C.; SANTOS, R. V. & ESCOBAR, A. L. (Orgs.) *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, Abrasco, 2003.
- ETKIN, N. & TAN, M. (Eds.) *Medicines: meaning and contexts*. Amsterdam, Quezon City: Health Action Information Network/Medical Anthropology Unit University of Amsterdam, Philippines, 1994.
- FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília: Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde, 2002.
- GARNELO, L. Projeto rede autônoma de saúde indígena: uma experiência de educação e comunicação em saúde indígena. In: VASCONCELOS, E. (Org.) *A Saúde nas Palavras e nos Gestos: reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001.
- GARNELO, L. & BRANDÃO, L. C. Avaliação preliminar do processo de distritalização sanitária indígena no estado do Amazonas. In: COIMBRA JR., C.; SANTOS, R. V. & ESCOBAR, A. L. (Orgs.) *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, Abrasco, 2003.
- GARNELO, L.; MACEDO, G. & BRANDÃO, L. C. *Os Povos Indígenas e a Construção das Políticas de Saúde no Brasil*. Brasília: OMS, Opas, 2003.
- GARNELO, L. & WRIGHT, R. Sickness, healing and health services: social representations, practices and demands among the Baniwa. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(2):273-284, 2001.
- GARNELO, L. et al. Representações indígenas sobre DST/Aids no Alto Rio Negro: aspectos preliminares. *Anais da 1ª Oficina Macrorregional de Estratégia, Prevenção e Controle das DST/Aids para as Populações Indígenas das regiões Sul e Sudeste, e do Mato Grosso do Sul*, Londrina. Brasília, Londrina: Coordenação Nacional de DST/Aids, Programa Municipal para DST/Aids/Alia 1997.
- GREENE, S. The shaman's needle: development, shamanic agency, and intermediality in Aguaruna lands, Peru. *American Ethnologist*, 25(4):634-658, 1998.
- KLEINMAN, A. M. *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press, 1980.

- KLEINMAN, A. M. *Writing at the Margin: discourse between anthropology and medicine*. Berkeley: University of California Press, 1995.
- LANGDON, E. J. Salud y pueblos indígenas: los desafíos en el cambio de siglo. In: BRICEÑO-LEÓN, R.; MINAYO, M. C. & COIMBRA JR., C. *Salud y Equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.
- LANGDON, E. J. A construção sócio-cultural da doença e seu desafio para a prática médica. In: BARUZZI, R. (Org.) *Antropologia da Saúde e Projeto Xingu*. São Paulo: Unifesp/EPM, no prelo.
- McCALLUM, C. O corpo que sabe: da epistemologia Kaxinawá para uma antropologia médica das terras baixas sul-americanas. In: ALVES, P. C. & RABELO, M. C. (Orgs.) *Antropologia da Saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, Editora Fiocruz, 1998.
- MENÉNDEZ, E. Antropologia médica e epidemiologia: processo de convergência ou processo de medicalização? In: ALVES, P. C. & RABELO, M. C. (Orgs.) *Antropologia da Saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, Editora Fiocruz, 1998.
- MENÉNDEZ, E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1):185-208, 2003.
- MINAYO, M. C. Construção da identidade da antropologia na área da saúde: o caso brasileiro. In: ALVES, P. C. & RABELO, M. C. (Orgs.) *Antropologia da Saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, Editora Fiocruz, 1998.
- MINAYO, M. C. & MINAYO-GOMEZ, C. Díficeis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde. In: GOLDEMBERG, P.; MARSIGLIA, R. & GOMES, M. H. (Orgs.) *O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- MINAYO, M. C. et al. Possibilidades e dificuldades nas relações entre ciências sociais e epidemiologia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1):97-108, 2003.
- MONTE, C. et al. Designing educational messages to improve weaning food practices of families living in poverty. *Social Science and Medicine*, 44(10):1.453-1.454, 1997.
- MORGADO, P. O pluralismo médico Wayana-Aparai: a intersecção entre a tradição local e a global. *Cadernos de Campo*, 4:41-70, 1994.
- NATIONS, M. & HEBHUN, L. Mystification of a simple solution: oral rehydration therapy in northeast Brazil. *Social Science and Medicine*, 27(1):25-38, 1988.
- NATIONS, M. & MONTE, C. "I'm not dog, no!": cries of resistance against cholera control campaigns. *Social Science and Medicine*, 43(6):1.007-1.024, 1996.
- NOVAES, M. R. *A Caminho da Farmácia: pluralismo médico entre os Wari de Rondônia*, 1996. Dissertação de Mestrado, Campinas: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas.
- OLIVEIRA, R. C. Utopia e política indigenista: indigenismo ou colonialismo? In: OLIVEIRA, R. C. *A Sociologia do Brasil Indígena*. Brasília, Rio de Janeiro: Editora UnB, Tempo Brasileiro, 1978.
- OLIVEIRA, R. C. *O Trabalho do Antropólogo*. Brasília, São Paulo: Paralelo 15, Unesp, 1998.
- OLIVEIRA-FILHO, J. P. O Projeto Tikuna: uma experiência de ação indigenista. In: OLIVEIRA-FILHO, J. P. (Org.) *Sociedades Indígenas e Indigenismo no Brasil*. Rio de Janeiro: UFRJ, Marco Zero, 1987.
- OLIVEIRA-FILHO, J. P. Apresentação. In: OLIVEIRA-FILHO, J. P. (Org.) *Indigenismo e Territorialização*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 1998.
- OLIVEIRA-FILHO, J. P. A busca da salvação: ação indigenista e etnopolítica entre os Ticuna. In: OLIVEIRA-FILHO, J. P. *Ensaios em Antropologia Histórica*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1999.
- POSSAS, C. *Epidemiologia e Sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1989.

- SANTOS, R. V. & COIMBRA JR., C. (Orgs.) *Saúde e Povos Indígenas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.
- SANTOS, R. V. & ESCOBAR, A. L. (Orgs.) Saúde dos povos indígenas no Brasil: perspectivas atuais. *Cadernos de Saúde Pública* 17(2):258, 2001.
- SCRIMSHAW, S. Adaptation of anthropological methodologies to rapid assessment of nutrition and primary health care. SCRIMSHAW, N. & GLEASON, G. (Eds.) *Rapid Assessment Procedures: qualitative methodologies for planning and evaluations on health related programmes*, Boston: INFDC, 1992.
- SEEGER A. et al. A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras. In: OLIVEIRA-FILHO, J. P. (Org.) *Sociedades Indígenas e Indigenismo no Brasil*. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1987.
- SEVALHO, G. & CASTIEL, L. Epidemiologia e antropologia médica: a in(ter)disciplinaridade possível. In: ALVES, P. C. & RABELO, M. C. (Orgs.) *Antropologia da Saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, Editora Fiocruz, 1998.
- VERÓN, E. *A Produção do Sentido*. São Paulo: Cultrix, USP, 1980.
- VIVEIROS DE CASTRO, E. B. Images of nature and society in Amazonian ethnology. *Annual Review of Anthropology*, 25:179-200, 1996.