A questão ambiental e a saúde sob a ótica da sociodiversidade: Estudo de caso no município de São Sebastião em São Paulo.

Aurea Ap. Eleuterio Pascalicchio.

Prof. Dr. Aristides Almeida Rocha
Orientador

16/08/1994

Louis Blanc,

anarquista utópico e romântico -

Paris - 1848

Aos meus filhos, Daniel e Flávia.

Vivemos o bastante para ser uma época sem ordem

Na qual todas as mentes estão confusas

Não se pode suportar a idéia de juntar-se à loucura,

Mas aquele que não o fez

Também não participará dos despojos,

E acabará morrendo de fome.

Sim, meu Deus: o errado está errado.

Felizes são aqueles que esquecem

Mais felizes ainda são os que lembram e que têm uma

profunda introspecção.

Trecho do Baghavad Gita

RESUMO O modo particular de apreensão do mundo e práticas diversificadas relativas a vários grupos sociais devem ser considerados no planejamento e na execução de programas ambientais e de saúde. O estudo de caso no município de São Sebastião busca a expressividade de questões ambientais na política pública de saúde. A formação de um quadro referencial a partir desta pesquisa focaliza o governo estadual na gestão 86-90, os municípios e a percepção que a população tem dos serviços de saúde. A percepção da população e gerentes do sistema de saúde, associada à observação participante e dados oficiais, foi analisada através de 819 questionários e 29 histórias de vida, em 2 regiões de saúde e 6 municípios. A população indígena aparece como alteridade. A percepção dos médicos no município de São Sebastião foi pesquisada com 19 questionários estruturados incluindo 55% dos profissionais. Os dados traçam o mapa do papel da cultura nas políticas públicas de saúde frente à crise mundial dos anos 90 e dos paradigmas da ciência. A ciência ambiental aparece com destaque nesta discussão e suas dúvidas epistemológicas têm afinidade com o cenário conceitual na epidemiologia. As questões da ética são centrais e este reflexo é *locus* privilegiado no diagnóstico de saúde de uma população. A pretensão da pesquisa é evidenciar a importância da interdisciplinaridade, da participação democrática nas decisões, da diversidade cultural e do saber.

Palavras chave: Política de Saúde; Multiculturalismo; Meio ambiente; Povos indígenas.

ABSTRACT The particular approach about the world and cultural practices must be considered in planning health programs. The case study in São Sebastião is about environmental issues in public health policies. The frame of reference from this research focuses on the state government in the management 86-90, municipalities and the perception that people have of health services. The perception of the people and managers of the public health system, associated with participant observation and official documents, was analyzed by 819 questionnaires and 29 life histories in 2 health regions and 6 municipalities. The indigenous people appear as otherness. The perception of doctors in São Sebastião was investigated with 19 structured questionnaires including 55% of professionals. The role of culture in public health policies will face the global crisis of the 90s and the paradigms of science. Environmental science features prominently in this discussion and epistemological questions have an affinity with the conceptual approach in epidemiology. The ethical issues are central and that reflection is a privileged locus for the diagnosis of population health. The aim is demonstrate the importance of democratic participation in decision making, interdisciplinary, knowledge and cultural diversity.

Keywords: Health Policies; Multiculturalism; Environment; Indigenous people

ÍNDICE

Resumo	005
Índice	006
I. INTRODUÇÃO	008
1. A hipótese	013
2. A justificativa	014
II. REFERENCIAL METODOLÓGICO	025
1. Critérios adotados	025
2. Metodologia para investigação sobre Saúde e Desigualdade	031
3. Planejamento e políticas de saúde	032
4. Material e métodos	033
III. A PROBLEMÁTICA ENVOLVIDA	035
1. Natureza e cultura	035
1.1. A discussão Homem X Natureza	037
2. Natureza e sociedade	043
2.1. Medicina como ciência	046
2.2. O imaginário contemporâneo	049
3. Cultura	054
3.1. O contraste cultural: comparação entre países	057
4. O subjetivo na natureza e na cultura	060
5. Epidemiologia	069
5.1. O conceito de complexidade: necessidade e possibilidade de redução	075
5.2. A importância do subjetivo	080
5.3. As raízes de quantificação da Epidemiologia	083
5.4. Metodologia para investigação de saúde e desigualdade	085
5.5. Histórico	087
5.6. A transição dos fatores de risco para a Epidemiologia	088
5.7. Etapas da Epidemiologia	089

IV.	RESULTADOS DA DISCUSSÃO	095
1.	Política de saúde a nível estadual	095
2.	Municipalização da Saúde no Estado de São Paulo	103
3.	A saúde no Município de São Sebastião	104
4.	Os guaranis	115
4.1.	A terra Guarani e a Serra do Mar	116
5.	Análise de projetos de assistência à saúde aos povos indígenas no Estado de São Paulo, desenvolvidos por entidades diversas, nos últimos dez anos	128
6.	A assistência em saúde da Fundação Nacional do Índio no estado de São Paulo	133
7.	A experiência no atendimento clínico na área de Silveiras, em São Sebastião	142
V.	CONCLUSÃO	151
1.	O imaginário social	154
2.	"Necessidade da população" X requisitos de modelo de saúde mais democrático	156
3.	<i>Banlieue</i> do mundo desenvolvido	160
4.	O acesso ao sistema	162
5.	Saúde como direito de cidadania e dever do Estado	164
VI.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	167
VII.	ANEXOS	200
	ANEXO 1	
	Municipalização da Saúde no Estado de São Paulo	201
	ANEXO 2	
	Tabelas, mapas e gráficos	241
	ANEXO 3	
	Os médicos de São Sebastião e sua percepção do atendimento ao índio	259

I. INTRODUÇÃO

"Tout groupe socioculturel a sa manière spécifique d'appréhender et d'expliquer les notions de santé et de maladie que dépend étroitement de sa représentation du monde, de la vie et de la mort, de son système de croyances et de valeurs, de son rapport à l'environnement, de son univers relationnel. On ne peut comprendre des attitudes et des comportements caractérisés de normaux ou de pathologiques dans une société en faisant abstraction de ces données. L'expérience de la maladie, les interprétations qui en sont fournies, les méthodes de sa prise en charge se réfèrent à un certain système symbolique et doivent être analysées dans le cadre de ce système. Les notions de santé et de maladie ne sont pas des entités définies une fois pour toutes, immanentes à travers le temps, mais des concepts dynamiques que se transforment au fur et à mesure des changements que affectent les structures sociales et les mentalités¹" (Todo grupo sócio-cultural tem sua maneira específica de captar e explicar as noções de saúde e doença que depende estreitamente de sua representação do mundo, da vida e da morte, de seu sistema de crenças e valores, de sua relação com o meio ambiente, de seu universo relacional. Não é possível compreender atitudes e comportamentos considerados normais ou patológicos em uma sociedade, abstraindo-se desses problemas. A experiência da doença, as respectivas interpretações que são fornecidas, os métodos assumidos, referem-se a um certo sistema simbólico e devem ser analisados dentro do quadro desse sistema. As noções de saúde e doença não são entidades definidas de uma vez por todas, imanentes através do tempo, porém conceitos dinâmicos que se transformam à medida que as mudanças afetam as estruturas sociais e as mentalidades).

É bastante conhecido e tem sido significativamente incrementado o desenvolvimento de áreas específicas da medicina relacionadas com o meio ambiente, como por exemplo: a saúde nos ambientes de trabalho, poluição ambiental em regiões metropolitanas, segurança de substâncias químicas, ecotoxologia, toxicologia de alimentos, qualidade de água, serviços de saneamento, violência no trânsito, ecologia humana e saúde ambiental.

¹Sossie ANDEZIAN, *Nouvelles Représentations de La Santé et de La Maladie: La Dialectique entre traditions et Modernité*, p.429.

Segundo relatórios da OMS², cerca de 75% das 49 milhões de pessoas que morrem todos os anos são vítimas de doenças relacionadas às questões ambientais ou a estilos de vida. Constatam também que mais de 2 bilhões de pessoas vivem em ambientes prejudiciais à saúde. Nos países em desenvolvimento, a miséria, moradias insalubres, superpopulação e falta de saneamento são os grandes causadores de doenças. No caso de doenças específicas, só os problemas gastro-intestinais por contaminação de água e alimentos matam 3 milhões de crianças por ano, e os altos níveis de poluição do ar atingem 1 bilhão de pessoas. Hiroshi Nakajima, diretor-geral da OMS, afirma que *"é vital que a cúpula da Terra relacione saúde e meio ambiente"*.

O modo particular de apreensão do mundo e as práticas diversificadas relativas a vários grupos sociais devem se considerados no planejamento e na execução de programas ambientais e de saúde.

Como explica Kursanov³, o particular e o singular levam em si o geral, que constitui sua essência, a lei de sua vida e de seu desenvolvimento. *"... O universal não existe por si só, isolado do restante (...). Isto quer dizer que um ou outro objeto adquire uma forma concreta de existência na dependência do processo a cujo movimento encontra-se vinculado. A coisa singular deve sua forma concreta de existência ao sistema de nexos estabelecidos regularmente, dentro dos quais surgiu e existe em sua determinação qualitativa"*.

A saúde pública procura instrumentalizar a defesa da vida. As ações de saúde sofrem pressões de várias direções, sendo que sua forma de intervenção, quase que compulsória, dá-se sobre o meio ambiente, cidades, fábricas, drogas químicas, alimentos, água (Gastão Wagner). Atua ao garantir o direito do cidadão à saúde e em seu *"modus vivendi"*. O desenvolvimento, selvagem e predatório, é contraditório nos gastos com saúde de consumidores e trabalhadores e não leva em conta as gerações futuras.

"Tais esforços partem da convicção de que a cultura econômica e social prevalecente rege-se pela confiança "cega" na tecnologia, na vida do crescimento sem limites, despreocupada com o momento do esgotamento dos recursos naturais. Defendem a necessidade de uma nova cultura do desenvolvimento, apoiada nas relações interdisciplinares da biologia e da termodinâmica, entre si e com a economia e a vida social. Na proposta ambientalista de desenvolvimento, ao menos em algumas vertentes, a ciência

²Relatório da Organização Mundial de Saúde, contribuição à ECO-92, coordenado por Dra. Simone Veil, intitulado "Nosso planeta, nossa saúde". 270p.

³KURSANOV, citado por Breilh, 1º Congresso de Epidemiologia, Campinas, 2 a 6 de setembro, 1990

*e a tecnologia continuarão tendo um papel primordial, porém sem o objetivo de perpetuar o desperdício dos recursos naturais e da agressão ao ambiente e é feita a negação do mito da industrialização e da sociedade consumista"*⁴.

A vida é simultaneamente biológica e social, portanto integrada e não fragmentária. Pensar sobre a saúde e a doença, ampliando para questões sociais, significa lidar com elementos essenciais - aminoácidos da reprodução da vida. Lovelock e Margulis, na Hipótese Gaia⁵, puderam desenvolver uma concepção de educação, trabalho e saúde articulada em um amplo conceito - VIDA - na procura da costura epistemológica entre sociedade e natureza.

Rene Lemarchand⁶ observa que:

"A dez anos do fim do 2º milênio os espaços geopolíticos do Terceiro Mundo são mais do que nunca dominados por crises, cuja intensidade aumenta no ritmo do crescimento das desigualdades entre etnias e religiões cujas ramificações não cessam de contaminar as relações entre Estados".

Michel Foucher⁷ considera que *"a transição histórica atual indica que a geopolítica dos anos 90 será 'plural' "*.

"... a tendência à formação de grupos regionais ..." e "já que são as palavras e as imagens que unem as populações do arquipélago mundial, que ninguém fique surpreso se o aspecto cultural se tornar o campo do confronto mais importante, ainda que sua tradução política adote formas variadas: reafirmação nacional, concentração sobre microidentidades ou valorização das fronteiras econômicas e das frentes culturais".

Refere ainda que *"as transições históricas são propícias para a elaboração de novas visões de mundo. Os mapas e opiniões dos 'Sherpas'*⁸ *expressam uma surpreendente diversidade de representações para o mundo dos anos 90".*

Prof. Ivanov⁹ demonstrou que, na história russa, os "loucos santos" (mística messiânica), e depois os intelectuais, tiveram papel de

⁴Marília Bernardes MARQUES, *Ciência, tecnologia, saúde e desenvolvimento sustentado*. p.93.

⁵ James LOVELOCK, *Gaia e um modelo para a dinâmica planetária e celular*; e Lynn MAGULIS, *Os primórdios da vida. Os micróbios têm prioridade*, citados por William Irwin THOMPSON na Hipótese Gaia, *Uma teoria do conhecimento* (Parte I - A biologia é uma teoria do conhecimento, p.77 - LOVELOCK - e p. 91 - MARGULIS), e *Gaia e a política da vida. Um programa para os anos 90?*, p. 159.

⁶Rene LEMARCHAND, *Fim da guerra fria reabre lutas étnicas. Questões regionais e locais substituem blocos mundiais na relação entre países*. World Media - nº 04 - Dez.1990 - Universidade da Flórida, EUA.

⁷Editorial: *Nasce o mundo plural* - World Media - Liberation Developpement Especial 2 - Dez.1990.

⁸Sherpas são conselheiros dos chefes de estado e governos dos grandes países e especialistas em relações internacionais.

⁹Intelectual soviético, professor titular de História e Teoria da Cultura na Universidade de Moscou. Debate no Auditório da

Folha - setembro 90 - Relações dos Intelectuais e Artistas na Política na História Russa.

oposição ao poder político: *"Diferentemente de outras culturas, os intelectuais russos formaram uma categoria com encargo social - a 'intelligentsia' - , vínculos religiosos e antiestatais definidos. Esse papel foi feito pelos anarquistas e principalmente pelos pensadores religiosos, como Fiodorov".*

No mesmo forum de discussões, o Professor Lambert, da Unicamp, atribuiu o papel de intelectuais anárquicos no Brasil aos índios. *"São eles que, tal como os 'loucos santos' russos, lutam para afirmar sua língua, combatem o Estado e criticam a ciência".*

Ivanov disse que *"é preciso manter as visões de mundo das minorias para que possamos viver"*. Afirmou que línguas indígenas norte-americanas - que estuda no momento - estão desaparecendo e os comportamentos se unificando.

Outros indicadores da atualidade e pertinência do tema *diversidade cultural* são a edição do caderno Mais de 12 de abril de 1992, do Jornal Folha de São Paulo, o editorial do mesmo jornal de junho de 1992, em que o Professor Pedro Maligo faz uma interessante relação entre diversidade cultural e a divisão da terra em "mundos", e a exposição "Índios no Brasil: Alteridade, Diversidade e Diálogo Cultural" promovida pela Secretaria Municipal de Cultura de São Paulo na Bienal, Parque do Ibirapuera, de 14 de junho a 27 de julho de 1992.

Uma das populações que pode evidenciar esta diferença é a população indígena da área de Silveiras no município de São Sebastião. A partir da percepção dos médicos e gerentes dos serviços de saúde, poderia ser analisada a relação cultura e ambiente.

De acordo com Terris, Possas, Loureiro, Castellanos e Breilh¹⁰, a contribuição da epidemiologia e do planejamento em saúde, tendo em vista suas funções, seria:

1. Buscar o agente, o hospedeiro e os fatores ambientais que afetam a saúde para, segundo bases científicas, atuar na prevenção da doença e seus agravos, incrementando a saúde.
2. Determinar a importância relativa das causas das doenças para o estabelecimento de prioridades na pesquisa e ação.

¹⁰1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Campinas, 2 a 6 de setembro, 1990:
 Milton TERRIS, *New perspectives in Epidemiology and Public Health*, p. 253-263.
 Cristina POSSAS, *Perspectivas para a Ciência Epidemiológica na abordagem interdisciplinar*.
 Sebastião LOUREIRO, *Brasil, Desigualdade Social, Doença e Morte*.
 Pedro Luis CASTELLANOS, *Avances Metodológicos en Epidemiologia*.
 Jaime BREILH, *La epidemiologia entre fuegos*.

3. Identificar as parcelas da população que têm maior risco de causas específicas de doença para direcionar mais adequadamente as ações em saúde.

4. Avaliar os programas de saúde e serviços que promovem saúde na população.

Neste estudo, a definição do Prof. Milton Terris¹¹ é utilizada como conceito de saúde pública:

"Public health is the science and the act of preventing illness and disability, prolonging life, and promoting physical and mental health and efficiency through organized community efforts for the sanitation of the environment, the control of infectious and noninfectious diseases as well as injuries. The education of the individual in principles of personal hygiene, the organization of services for the diagnosis and treatment of disease and for rehabilitation, and the development of the social machinery which will ensure to every individual in the community a standard of living adequate for the maintenance of health"(1,2) (Saúde pública é a ciência e o ato de prevenir doenças e incapacidades, prolongando a vida, e propiciando saúde física e mental e eficiência através de esforços comunitários organizados para o saneamento do meio ambiente, o controle de doenças infecciosas e não-infecciosas, bem como traumatismos. A educação do indivíduo no que se refere a princípios de higiene pessoal, a organização de serviços para o diagnóstico e tratamento de doenças e para a reabilitação, e o desenvolvimento do mecanismo social que irá assegurar a cada indivíduo na comunidade um padrão de vida adequado à conservação da saúde).

"The concept of public health, on the other hand, is that of a major governmental and social activity, multidisciplinary in nature, and extending into almost all aspects of society. Here the key word is 'health', not medicine; the universe of concern is the health of the public, not the discipline of medicine" (O conceito de saúde pública, por outro lado, é o de uma prioritária atividade social e governamental, multidisciplinária por natureza, atingindo quase todos os aspectos da sociedade. Aqui a palavra-chave é "saúde", não medicina).

A recomendação principal do relatório¹² encaminhado à ECO-92, propondo diretrizes mundiais em saúde ambiental, é que *"a ciência já sabe como acabar com as chamadas doenças da pobreza, mas falta decisão política para fazer da saúde uma questão prioritária"*.

¹¹Milton TERRIS, *Epidemiology and the Public Health Movement*, J. Public Health Pol 8, 1987, p. 315-29 (1a. parte).
Milton TERRIS, Editorial, *The Distinction between Public Health and Community / Social / Preventive Medicine*, J. Public Health Pol 6, 1985, p. 435-39 (2a parte).

¹²Conferência internacional sobre saúde ambiental - abril 1992 - Fundação Osvaldo Cruz.

1. A hipótese

A sociodiversidade no planejamento de políticas públicas de saúde ambiental não é considerada. A percepção dessa diferença é fundamental no referente conceitual Homem X Natureza.

A ciência ocidental tem apresentado mais perguntas do que respostas em relação à saúde ambiental, sobretudo nos países de 3º mundo. Nestes novos problemas colocados, as classes populares dos países em desenvolvimento, ou mesmo os índios, têm adotado soluções geralmente a nível do "imaginário", não porque sejam mais eficazes, pois atuam e são vividas na realidade, dando, enfim, coerência ao pensamento dos homens.

"O discurso ambiental desde seus primórdios freqüenta o campo da filosofia do conhecimento e da metodologia de investigação científica" ¹³.

Durante recente congresso nacional ¹⁴ a questão da Biodiversidade foi amplamente discutida. A sociodiversidade foi considerada tema-chave abordado direta e indiretamente por vários conferencistas desta discussão em defesa da biodiversidade. Sua importância é estabelecida mediante a possibilidade de convivência de diversas culturas, que aparentemente podem ser até antagônicas dentro de uma mesma realidade, como no caso do Brasil. As culturas caiçaras, indígenas e a introduzida pelos colonizadores, fermentadas pela dinâmica da incorporação tecnológica e a premência de questões cotidianas emergentes, vêm reorientando novas posturas éticas.

Convém destacar o valor de uma palestra, que aborda a sociodiversidade, apresentada pelo Prof. Pierre Dansereau da Universidade de Quebec, na qual *"defende que no planejamento ambiental é necessário ter uma visão ampla de todos os valores culturais a serem considerados, e levar em conta o que representam para cada uma das comunidades, os elementos da biodiversidade"* ¹⁵. O planejamento, como instrumento de intervenção do Estado na realidade espacial de um território, vem assumindo um caráter mais amplo no Brasil, com a incorporação da temática ambiental. As intervenções iniciais sobre fatores ambientais, envolvendo ações pontuais e inéditas que comprometem atividades econômicas, passam a ser feitas mais sistematicamente. Esta sistematização acontece na medida em que os

¹³ José Maria SEFF, HENRIQUE e MONTES, - *A questão ambiental e a problemática interdisciplinária*.p.2.

¹⁴ 2º Congresso Nacional sobre essências nativas - 29 de março 1992, São Paulo.

¹⁵ Conforme citado pelo Prof. João Guillaumon, organizador do encontro em seu informativo.

problemas se avolumam com a intensa urbanização e desenvolvimento industrial.

2. A justificativa

A partir da identificação da diversidade cultural é possível enriquecer a metodologia disponível para políticas públicas de saúde e, portanto, torná-la mais efetiva e eficiente.

A meta seria poder recolocar a humanidade como parte integrante da natureza, dependente desta para sua sobrevivência e ultrapassando a visão dominadora presente em várias sociedades, o que é concepção muito freqüente. Esta premissa nos leva a discutir o tipo de vida que desejamos e significa romper com a visão moderna do domínio do homem sobre a natureza (século XIX).

Se "o homem pertence à natureza", todas as ciências que o têm, direta ou indiretamente como objeto/sujeito de estudo (ciências humanas), passam a interrelacionar-se com as ciências que estudam os demais integrantes do ecossistema, as ciências exatas e as biológicas.

O comportamento destrutivo do homem não é inédito ao longo da história, mas a "escala de ação predatória" atual desemboca na consciência e na crise ecológica sem precedentes. Neste panorama surgem movimentos vindos de várias direções, apontando para um novo sistema de valores sustentado pelo equilíbrio ecológico e pela justiça social.

A gravidade desta situação constatada e o interesse que desperta nas várias áreas de conhecimento indicam a pertinência de uma abordagem mais ampla.

As atividades da prática clínica encaminharam-se no sentido de perceber as diferentes representações de saúde e doença para indivíduos e populações (migrantes, moradores da periferia de São Paulo, favelados, cortiçados, aidéticos, deficientes físicos, nefropatas, diabéticos, índios do Estado de São Paulo, do Parque Nacional do Xingu, em Rondônia, ou ainda os Yanomami em Roraima).

A questão indígena tem relevância histórica, social e cultural. Os conflitos gerados pela posse da terra, o contato com frentes de colonização e a exploração de recursos naturais causam problemas tais como destruição de ecossistemas vitais, desagregação social, alcoolismo e epidemias que dizimam as populações indígenas, levando até ao risco de sua extinção.

Neste cenário surge a questão da saúde indígena pela multiplicidade, os aspectos envolvidos e a complexidade das soluções exigidas:

1) O processo de contato com a civilização como determinante de primeira grandeza no quadro da saúde.

2) As diferenças de resistência imunológica combinadas com suas diferenças de comportamento frente às doenças de modo geral.

3) As profundas diferenças culturais entre as comunidades indígenas e a "civilização ocidental", quais sejam:

-hábitos corporais, alimentares, de higiene, etc.

-concepção de saúde

-interpretação e comportamento face às doenças

-concepção, metodologia, técnica e prática de cura que estas populações utilizam desde tempos imemoriais.

A Política Nacional de Saúde reconheceu em tese a importância do tema específico da "Proteção à Saúde do Índio" através da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em Brasília, novembro de 1986. No ano de 1993 houve o "Ano Internacional das Populações Indígenas".

A Organização Mundial de Saúde entende a saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social, não apenas a ausência de doença. No caso da saúde indígena, este conceito implica considerar que¹⁶:

1) a saúde das nações indígenas seja determinada em um espaço e tempo histórico e na particularidade de seu contato com a sociedade nacional pela forma de ocupação de seu território e adjacências;

2) sejam assegurados e garantidos a autonomia, a posse e o uso exclusivo pelas nações indígenas dos recursos naturais do solo e subsolo de acordo com as necessidades e especificidade etno-culturais de cada nação, bem como a integridade de seus ecossistemas específicos;

3) a cidadania plena, ao assegurar todos os direitos constitucionais,

seja reconhecida como determinante do estado de saúde;

4) seja dever do Estado o acesso das nações indígenas às ações e

serviços de saúde, bem como sua participação na organização,

gestão e controle dos mesmos, respeitadas as especificidades etno-

culturais e de localização geográfica.

¹⁶VIII Conferência Nacional da Saúde. Tema específico.

A falta de acesso aos serviços de saúde pode acontecer também através das instituições governamentais, como se percebe neste trecho:

"No campo da saúde, a partir da universalização do atendimento, segundo preceitos legais vigentes, toda a população brasileira deve estar coberta. Sabemos, no entanto, que muitos estão à margem do processo, deixando de usufruir seus direitos constitucionais¹⁷".

O campo das relações entre as populações indígenas e a sociedade envolvente, bem como sua relação com o sistema público e oficial de saúde, trata de um momento de alteridade extrema em que as diferenças culturais encontram-se evidenciadas pela radicalidade.

Trata-se de um processo de investigação qualitativa das condições de saúde das minorias, na tentativa de incorporação da variável cultura na metodologia utilizada na epidemiologia e planejamento em saúde. As atividades teóricas desenvolvidas são adscritas ao estudo e reflexão de (1) modelos de desenvolvimento compatíveis com a preservação do meio ambiente e cultura da população envolvida; (2) modelos alternativos de saúde segundo outras concepções do processo de saúde e doença.

O Comitê Internacional "500 anos de Resistência" declara que:

"Os povos indígenas desde tempos imemoriais vinham conseguindo viver harmoniosamente com a natureza e que esse processo foi interrompido na América pela Invasão Européia em 1492, que deixou como saldo, além do genocídio, uma série de violências contra os direitos e as culturas indígenas¹⁸". Também denuncia problemas de posse da terra e violação do direito de cada povo à auto-determinação, com críticas à agressão ao meio ambiente e à forma predatória do desenvolvimento econômico:

"1) Que os estados reconheçam todas as nações e povos indígenas, seus direitos territoriais, culturais, políticos, sociais e econômicos.

2) Que se exija dos governos da Europa e da América a devolução aos povos indígenas de todos os recursos subtraídos durante as colônias e depois, e no atual período neocolonial, e também a devolução, para administração e custódia dos próprios índios, dos sítios sagrados e religiosos e outros lugares fundamentais para os povos indígenas.

3) Que se respeitem, se fomentem e se fortaleçam os sistemas econômicos,

¹⁷Comissão Especial da Seguridade Social - Decreto 97947 - 11.07.89. Trecho da proposta orçamentária de nov. 89 (Ministério da Saúde + Ministério de Previdência e Assistência Social + Ministério do Interior + Ministério da Educação + Ministério do trabalho + Ministério da Fazenda).

¹⁸Encontro "Raízes do Futuro", Paris, dezembro de 1991, preparatório para a Conferência Rio-92.

políticos, culturais, sociais e de produção dos diferentes povos indígenas, dado que tais sistemas tradicionais oferecem ao mundo modelos alternativos de desenvolvimento autenticamente sustentados.

4) Que os governos reconheçam as formas de organização tradicional dos povos indígenas, como a valorização dos sistemas democráticos desses povos, diferentes dos existentes no Ocidente. Isto também inclui o respeito aos sistemas jurídicos e de direitos dos povos indígenas.

5) Que as Nações Unidas, por meio da conferência Rio-92, aprove um fundo econômico, para que os povos indígenas promovam seu desenvolvimento autosustentado de cada povo e possam recuperar e remediar suas privações atuais. Tal fundo deverá ser controlado pelos povos indígenas e suas organizações representativas.

6) Que se inste os governos dos países industrializados a pagar preços justos e preferenciais aos produtos comercializados por povos indígenas.

7) Que a conferência Rio-92 exija dos estados a ratificação da convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT).

8) Que se exija dos governos a revisão e abolição de todas as leis discriminatórias, de corte racista, sobre os recursos naturais, tais como mineração, bosques, águas, faunas, parques nacionais e outros, que lesam a integridade dos povos e que impedem os índios de desfrutarem de suas plenas relações com a mãe terra.

9) Finalmente, que se exija dos governos a adoção de políticas de cooperação em diferentes campos (econômico, tecnológico, educativo e outros) com os povos indígenas, em lugar das atuais políticas de confrontação".

O projeto de pesquisa que aceita como pressuposto básico o direito à diferença entre as pessoas, e que de tal forma pode coletivizar este conceito a partir de análises críticas, está diretamente engajado num processo de transformação da sociedade. É o reconhecimento da diversidade ecológica, biológica, cultural numa perspectiva sistêmica, holística, histórica e democrática.

Segundo observa San Martin Hernan¹⁹:

"O único mérito que eu encontro na definição de saúde que formula a OMS é o de expressar esta relação de tipo ecológico-social.

¹⁹San Martin HERNAN, *La Crise Mondiale de la Salud*, p.19-21.

"Se deixássemos fora do processo de produção da saúde-doença o intercâmbio ecológico, que é geral e iniludível para todos os seres vivos, não haveria uma explicação racional e concreta para a alteração orgânica que finalmente produz essa variabilidade quase permanente e dialética que os estados de saúde-doença; o que sucedeu historicamente é que o social, o cultural e o econômico se misturaram direta e intimamente com o ecológico. Tem razão Breilh²⁰ quando insiste em que a epidemiologia deve ser social, porque evidentemente o social, o cultural e o econômico são a fonte de origem das cadeias de causalidade que conduzem à saúde ou à doença através de uma contradição dialética, porque são os mesmos fatores os que ao final atuam para produzir uma ou outra, como sucede, por exemplo, com a alimentação ou o trabalho, que são fatores de saúde ou de doença, segundo a forma em que atuem. O processo permanente e iniludível para a vida, que é a inter-relação ecológica entre o ser vivo e o ambiente total, explica o mecanismo orgânico e individual do fenômeno saúde-doença; todos os fatores econômicos, sociais e culturais que fazem parte das estruturas da sociedade são as fontes de origem das cadeias de causalidade, que vêm alterar a relação ecológica através do processo de adaptação-desadaptação.

"René Dubos²¹ o diz claramente quando escreve que 'a saúde é, em seu mecanismo íntimo, um problema de ajuste, de adaptação a um ambiente total em constante evolução'; é esta situação a que dificulta e faz praticamente impossível a saúde permanente e para todos, porque o processo de mudanças na população viva e no ambiente de vida é permanente e rápido. Esta situação, que a medicina chamada científica não quis compreender, exige muito mais que a simples cura da doença; exige uma complexa ação preventiva de natureza social, econômica e cultural, quer dizer, uma política nacional que atue sobre a população sem discriminação nenhuma para produzir o bem-estar (no que a saúde é parte mais importante), evitando as desigualdades sociais e econômicas, estimulando o desenvolvimento cultural, oferecendo justiça à liberdade social. Compreende-se que tudo isto exige a estruturação de uma sociedade justa, igualitária participativa e um tipo de desenvolvimento não patógeno e dirigido às necessidades do homem e não ao simples desenvolvimento tecnológico.

"Temos dito que o mecanismo da vida na Terra é ecológico e esta afirmação é um fato demonstrado tanto como a evolução orgânica. Portanto,

²⁰Jaime BREILH, *La epidemiologia entre fuegos*, 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia.

²¹R. DUBOS, *L'homme et adaptation au milieu*, citado por Hernan, in *La Crise Mundial de la Salud*, citado por Hernan nas p.

19-21 deste texto.

todos os fenômenos biológicos, tais como a saúde e a doença, respondem a este mecanismo íntimo. Isto não pode ser posto em dúvida. No entanto, como sucede com a etiologia específica de muitas doenças, seria um grave erro pensar que as coisas são tão simples como as expomos, ou tão 'naturais' segundo a expressão de Breilh. O processo ecológico não é, hoje, um fato simplesmente biológico, ainda que o organismo para adaptar-se ou desadaptar-se tenha necessariamente que pôr em jogo sua biologia. O processo ecológico, todavia, jamais foi um fato isolado da vida social dos seres vivos. No homem, desde o começo de sua vida social, os fatores econômicos e sociais se misturaram com o biológico para produzir um tipo de animal fundamentalmente social, que é o homo sapiens; este mesmo processo foi tornando cada vez mais complexo e difícil a ecologia humana à medida que a sociedade se desenvolvia, à medida que os comportamentos se multiplicavam e à medida que a estrutura econômica variava segundo interesses diferentes aos do grupo, aos da espécie.

"Os epidemiólogos não compreenderam ainda, e muito menos os médicos, que sendo a epidemiologia uma disciplina fundada na ecologia e no método científico de análise (hipotético-dedutivo), ela precisou transformar-se em epidemiologia social desde o momento em que a ecologia tornou-se também social. A epidemiologia, em suas etapas, segue o modelo científico, que é hipotético-dedutivo e dialético; no caso da epidemiologia não se trata de uma observação individual, mas da observação e experimentação da população atuando na realidade social, que é seu contexto natural. De tal modo que a epidemiologia necessariamente tem de ser um estudo social. O verdadeiramente importante é investigar com precisão os mecanismos e as vias pelas quais os fatores determinantes, originados nas estruturas socioeconômicas, produzem e influenciam os riscos contra a saúde, que existem no ambiente de vida da população. Se a epidemiologia analisa em profundidade esta situação, poderíamos chegar a identificar a origem mesmo das cadeias de causalidade de tudo o que suceda ao homem em vida.

*"Os prognósticos do 'Clube de Roma' e das Nações Unidas não são otimistas nem para o setor saúde nem para nenhum setor do desenvolvimento: ⁽²²⁾ se se persiste no tipo de desenvolvimento que predomina hoje na Terra, se se persiste num sistema econômico gerador de **morbidade**, se se persiste na corrida armamentista e na dependência de uns países em relação aos outros, se se persiste em manter os povos isolados da gestão*

²² Para verificar as contradições existentes entre o que se faz e a realidade social, ler o "Sexto informe da situação sanitária do mundo". OMS. Genebra. 1981.

social e das decisões, é evidente que os problemas sociais da humanidade se agravarão cada vez mais, e, logicamente, haverá mais pobreza, mais injustiça, mais guerra, mais doenças, menos saúde para todos no ano 2000.

"Talvez o maior problema de saúde que existe no mundo contemporâneo seja a falta de poder e de controle sobre os meios de obter e de proteger a saúde, por parte das populações que vivem em uma dependência infantil dos serviços medicalizados ao extremo.

"Todos dizem e escrevem que a saúde e a doença são fenômenos sociais e que a medicina é uma profissão social. Contudo, a realidade que vivemos atualmente é totalmente contrária. Esta é uma época curiosa: no momento em que mais se fala de paz, há mais perigo de guerra; no momento em que os discursos são dirigidos para a cooperação internacional, há mais desunião e mais contenda; nos momentos em que projetamos a saúde para todos, há uma verdadeira crise mundial da saúde; no momento em que a medicina parece estar em seu apogeu e a medicalização da população parece ser completa, eis aqui que se desenvolve, como contrapartida, uma corrente de pensamento que critica tudo o que se faz atualmente. No caso da medicina e da saúde pública a crítica vai até as raízes mesmas de seus fundamentos, quer dizer, estende-se até a estrutura socioeconômica que gerou estes tipos de instituições que hoje aparecem ineficazes frente aos achados desta nova epidemiologia".

Os debates políticos que emergiram a partir da década de 70, sobre ecologia e energia, especificamente no ambientalismo europeu e americano, desencadearam reflexões teóricas visando imprimir um caráter científico às análises das questões verdes²³.

Toffer²⁴ critica uma parcela do movimento ambientalista mundial por sua ideologia retrógrada que recusa o papel vital desempenhado pela ciência na atualidade. Faz alusão ao manifesto de maio de 1992 de cerca de cem cientistas, ganhadores do Prêmio Nobel, que argumentaram que *"o que o mundo precisa hoje não é menos ciência e tecnologia, e sim mais"*.

O ex-ministro Hélio Jaguaribe²⁵ ao falar do problema ecológico diz que:

"Numa situação de tal delicadeza como a que estamos vivendo, não conseguiremos um sistema de equilíbrio da civilização tecnológica com a

²³ E. TIEZZI, *Tempos históricos, tempos biológicos. A terra ou a morte: os problemas da Nova Ecologia*.

²⁴ Alvin e Heide TOFFER, Caderno Ciência, Folha de São Paulo, 28 junho 92. - reportagem "Toffer critica tecnologia dos

militantes ecológicos". Para maiores informações ver: O choque do futuro e "A terceira onda".1980.

²⁵ Referência.

natureza se não aceitarmos o imperativo da internacionalização das normas preservadoras de ecologia mundial, da mesma maneira como aceitamos a internacionalização das normas preservadoras da saúde, através da vacina obrigatória e de várias outras normas. Ou seja, o mundo já é levado, por causa da sua intercomunicação, a reconhecer a necessidade de internacionalizar, através de normas comuns, fiscalizadas por agências internacionais competentes, a preservação de vários interesses coletivos de relevância. É imperiosa a necessidade de preservação da ecologia, de um código internacional da ecologia, que seja aplicado de maneira eqüitativa em relação à totalidade do mundo.

"Sou totalmente favorável a que, sem prejuízo da internacionalização da norma, se preserve a nacionalização de sua aplicação, da mesma maneira como, no Brasil, quem vacina é a autoridade sanitária brasileira e, na França, a autoridade sanitária francesa; mas a norma da vacina é universal e sua fiscalização é feita por agência especial de defesa da saúde, das Nações Unidas.

"Alguma coisa que se assemelhe ao que logrou êxito experimental em outros domínios tem de ser conseguida para a ecologia".

Segundo Breilh²⁶ : *"A epidemiologia deve ser um conjunto de conceitos, métodos e formas de atuação prática que se aplicam ao conhecimento e transformação do processo saúde-doença em sua dimensão coletiva ou social. Seu objeto de trabalho acha-se delineado pelos processos que, no domínio social geral ou das classes e frações sociais especiais, determinam a produção de condições específicas de saúde e doença. O corpo teórico e instrumental em que se apóia a epidemiologia corresponde principalmente às ciências sociais e às ciências naturais em sua expressão supra-individual. A epidemiologia recorre às disciplinas da física e da biologia de forma limitada. Para delimitação social e ampla de seu objeto, necessita da implementação de métodos de corte extensivo, que sejam idôneos para esquadrihar os processos estruturais e de classe, bem como estabelecer observações de massa no terreno empírico. A epidemiologia situa, coerentemente, seu nível de ação transformadora no social, na problemática de saúde que se dá em consequência dos processos de deterioração ocorridos no trabalho e consumo vinculados à reprodução geral da estrutura capitalista e às condições políticas e culturais que dela derivam:*

a) a construção de um saber crítico, não contemplativo, que busca transformar os objetos do conhecimento, realizar uma verdadeira

²⁶ Jaime BREILH. *La epidemiologia entre fuegos*, p. 35-59.

revolução nos postulados filosóficos do pensamento científico em saúde, superando a investigação hegemônica com sua visão estática e reducionista, e abrindo amplos caminhos para a investigação de um mundo em movimento, no qual é necessário compreender de forma diferente a relação entre o biológico e o social, entre os eventos individuais e coletivos, entre a necessidade e o acaso, com o qual permitiu transformar substancialmente o princípio de causalidade;

b) a profunda renovação do método científico, resgatando-o das posturas racionalistas e empíricas, mediante uma articulação mais objetiva e dinâmica dos métodos dedutivo e indutivo em correspondência a uma nova formulação da lógica, produzindo uma mudança na metodologia para reestruturar a integração da base empírica e a construção teórica no processo de investigação, e para formular a relação adequada da análise qualitativa e quantitativa, para a teoria e a prática, no processo de verificação e demonstração científicas, dando como resultado uma reformulação do papel e, às vezes também, do conteúdo das técnicas de observação;

c) uma interpretação objetiva da instância da 'prática' e do 'Estado', revelando seu verdadeiro caráter e suas forças determinantes e transformando as concepções funcionalistas do que fazer;

d) a transformação que causou na teoria do conhecimento, possibilitando um estudo objetivo dos determinantes da formação e das características do saber enquanto problemas da formação e desenvolvimento do pensamento científico, do saber tecnológico, do saber popular mais estruturado da 'medicina popular' e do saber 'caseiro', bem como as profundas repercussões que trouxe para a pedagogia e o processo de ensino e aprendizagem em saúde por meio do surgimento das modalidades de trabalho - estudo".

A idéia, porém, não é nova, pois foi aplicada à saúde na primeira metade do século passado por Salomon Newman, Rudolf Leubuscher e Virchow²⁷, que estabeleceram um movimento fundamentado em dois princípios: a) que a saúde do povo é um assunto que concerne à sociedade como um todo; b) que as condições econômicas e sociais têm importante efeito sobre a saúde e a doença, sustentando que essas relações devem ser submetidas à investigação científica.

²⁷ Salomon NEWMAN, Rudolf LEUBUSCHER e VIRCHOW, citados por J. BREILH em *La epidemiologia entre fuegos*, p. 47-48.

Segundo Breilh²⁸ , *"... somente uma ciência, a ciência da história. A história considerada a partir de dois pontos de vista (...) a história da natureza e a história dos homens. Ambos os aspectos, contudo, não são separáveis; enquanto existirem homens, a história da natureza e a história dos homens condicionar-se-ão reciprocamente"*.

Contudo, entre os vários papéis possíveis, o que percebo como característica exclusiva da ciência ambiental é o estabelecimento de conexões entre políticas de saúde e meio ambiente através de uma formação equilibrada entre as áreas de produção de serviços, o ensino e a pesquisa, em uma ação multiprofissional, na linha de reflexão da questão ambiental.

A busca do conhecimento da problemática ambiental e de técnicas adequadas que avaliam as necessidades econômicas, culturais, de classe social e de preservação de recursos, delinea-se no espaço a ser ocupado pelas ciências ambientais como contribuição da Universidade à coletividade.

²⁸ Jaime BREILH. *La epidemiologia entre fuegos*, p.47.

II. REFERENCIAL METODOLÓGICO

1. Critérios adotados

Tendo em vista os objetivos da investigação e o referencial teórico na qual se baseia, foi necessário recorrer a técnicas e pesquisas desenvolvidas no campo das ciências sociais, especialmente na área da cultura e, principalmente, à análise de conteúdo.

Fleury¹, para análise de culturas, descreve o levantamento de opinião utilizando questionários e entrevistas, cuja ênfase considera mais quantitativa. Outras linhas, que segundo a autora privilegiam a visão qualitativa, utilizam como técnicas para coleta de dados primários entrevistas estruturadas e não estruturadas, observação participante e não participante, e dinâmicas de grupo onde são usados jogos e simulações. Como dados secundários, são usados organogramas e funcionogramas, documentos e relatórios da própria organização, jornais e dados estatísticos sobre determinado setor de atividades.

Duncan^{2 1} propôs um método que dimensiona características qualitativas e quantitativas, subjetivas e objetivas da organização. Estas dimensões são alcançadas através da observação participativa (qualitativa, subjetiva, visão do pesquisador externo), entrevistas individuais (qualitativas, subjetivas, visão do membro da instituição), questionário (quantitativo, relativamente objetivo). O método utiliza ainda material publicado, documentos internos e normas como material suplementar.

A técnica classificada de forma genérica como análise de conteúdo está ligada ao desenvolvimento, crescimento quantitativo e qualitativo de estudos empíricos, empregando um instrumento inicialmente projetado para a análise no campo das comunicações.

"A análise de conteúdo é uma técnica de investigação que através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto

¹ M.T.L. FLEURY, *Cultura organizacional - os modismos, as pesquisas, as intervenções: uma discussão metodológica*, in: *Cultura e poder nas organizações*.

² DUNCAN, citado por M.T.L. FLEURY, in *Cultura e poder nas organizações*.

³ L. BARDIN, *Análise de conteúdo*, p.38.

das comunicações tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações".³

Nesta mesma linha referencial, Rodrigues⁴ nos traz que:

"A perspectiva comunicacional nos permitiria, assim, mergulhar a cultura na Natureza e descobrir que os universos de diferenças que se constata entre os homens têm fundamentos profundos na história natural pré-humana. Autorizar-nos-ia também lançar a hipótese de que assim como os animais estão, por obra dos sinais e segundo as espécies, naturalmente programados para a semelhança, os homens também estariam, por intermédio da capacidade de comunicação simbólica, naturalmente condenados à diferença. A diferença constituiria assim, o que de mais igual, comum e semelhante existiria entre os homens: a cultura".

Perseu Abramo⁵ observa que *"A ciência, uma forma sistematicamente organizada de pensamento objetivo segundo Granger⁶, é, também, o resultado de um processo social. O fazer ciência é uma atividade que se desenvolve em grupo e ao longo do tempo, e que recebe a marca dos condicionamentos sociais vigentes".*

Ainda no foco do debate existente entre a pesquisa desinteressada e a ciência destinada à aplicação prática, Abramo⁷ observa que: *"Na história do desenvolvimento do conhecimento humano, ciência e poder freqüentemente aparecem ligados no sentido de que a obtenção do conhecimento confere ao seu possuidor maior domínio efetivo sobre as coisas e sobre as pessoas".*

Nos passos iniciais da pesquisa, segundo o mesmo autor⁸, temos que: *"A maneira de conduzir uma pesquisa e chegar aos resultados não está desvinculada dos valores, dos preconceitos e das concepções filosóficas das pessoas direta ou indiretamente envolvidas, no processo de realizar a pesquisa. Esses valores, esses preconceitos e essas concepções vão marcar, nitidamente, a escolha do assunto, o quadro de referência teórico das hipóteses e a utilização dos resultados da pesquisa".*

Os setores de conhecimento envolvidos na pesquisa em questão, adotando-se critério classificatório, apontam em direção à interdisciplinariedade. Segundo Abramo⁹ são interdisciplinares *"as pesquisas*

⁴ José Carlos RODRIGUES, *Antropologia e Comunicação: princípios radicais*, p.58.

⁵ Perseu ABRAMO, *Pesquisa Social - projeto e planejamento*, p.34.

⁶ Giles Gaston GRANGER, *Lógica e filosofia da ciência*, p.75-80.

⁷ Perseu ABRAMO, *Pesquisa Social - projeto e planejamento*, p.12.

⁸ *Idem*, *passim*.

⁹ *Ibid.*, *passim*.

sobre assuntos que estão na fronteira de dois ou mais campos de conhecimento, como, por exemplo, sobre o grau de ajustamento de mão-de-obra qualificada oriunda do meio rural aos padrões de trabalho e vida urbanos; não se trata, propriamente, nem de Sociologia, nem de Economia, nem de Psicologia social, nem de Educação, nem de Antropologia cultural; evidentemente, na prática nem sempre é possível distinguir entre pesquisas multidisciplinares e pesquisas interdisciplinares".

Poderíamos, também, considerar esta pesquisa como aplicada, isto é, elaborada para que seus resultados tenham utilização imediata na solução de problemas concretos; trata-se da obtenção do conhecimento para a transformação da realidade.

Um amálgama de processos de estudo foi utilizado, com predomínio do método comparativo e monográfico. Abramo¹⁰ define os métodos:

"Comparativo (análise sistemática de dois ou mais fatos ou organismos sociais, diferentes no espaço ou no tempo, para separação de seus elementos constitutivos e verificação do que há de comum e do que há de específico entre esses fatos ou organismos).

Monográfico (estudos, em profundidade, de um único fato ou de um único organismo social; no primeiro caso a pesquisa também toma o nome de estudo de caso - investigação exaustiva de todas as variáveis; no segundo, estudo de comunidade¹¹, em que uma área limitada do meio social é objeto de investigação sistemática e exaustiva, para indução de inferências válidas para a sociedade global)".

Quanto à natureza dos dados envolvidos, foi adotado um critério misto de dados objetivos (fatos) e pesquisa subjetiva de opiniões e atitudes. Foram considerados relevantes dados obtidos de fontes secundárias, bem como dados primários.

No universo da pesquisa foram escolhidas algumas faixas da população, trabalhando-se por amostragem (são colhidos dados de uma parte do todo, parte que se supõe representar o todo; os resultados assim obtidos são generalizados para o todo, obedecendo certas condições e mediante procedimentos estatísticos de indução ampliadora), de tipo intencional (as unidades que compõem a amostra são intencionalmente escolhidas pelo

¹⁰ *Ibid.*, *passim*.

¹¹ Sobre pesquisa de comunidade, ver: Maria Lais Mousinho GUIDI, *Elementos de análise dos estudos de comunidade realizados no Brasil e publicados de 1948 a 1960*, p. 47-87.

pesquisador, na pressuposição de que representem o universo ou sejam cruciais para conhecimentos do universo), e estratificadas¹².

Ressalta-se também a importância da visão diferente, em um contexto de discussão da veracidade e legitimidade do conhecimento, que vários atores do processo saúde-doença podem possuir:

"Las acciones son realizadas por actores sociales los cuales tienen diferentes percepciones e interpretaciones de esa situación de salud. Frente a una misma realidad, diferentes actores sociales tienden a realizar diferentes acciones. La realidad se constuye socialmente. Mas allá de la 'realidad' como existência 'objetiva', independiente de la voluntad y que por lo tanto 'no puedo hacer desaparecer', el conjunto de fenómenos que la conforman son organizados y 'construidos' y adquieren significados que son incorporados como parte de la rutina o como problemas y es frente a esta realidad, socialmente construida, que se deciden cotidianamente las acciones¹³" (As ações são realizadas por atores sociais os quais têm diferentes percepções e interpretações dessa situação de saúde. Frente a uma mesma realidade, diferentes atores sociais tendem a realizar diferentes ações. A realidade se constrói socialmente. Mas além da "realidade" como existência "objetiva", independente da vontade e que portanto "não posso fazer desaparecer", o conjunto de fenômenos que a formam são organizados e "construídos" na consciência individual e coletiva dos homens e adquirem significados que são incorporados como parte da rotina ou como problemas, e é frente a esta realidade, socialmente construída, que se decidem as ações no cotidiano).

Castellanos observa neste sentido que:

*"Este proceso de transformación de las necesidades en problemas y los problemas en decisión de actuar, ocurre en el espacio de la vida cotidiana. Por todo ello, el estudio de la situación de salud tiene, además del momento de determinación de necesidades y su explicación, el momento de determinación de los problemas. Si bien el primer momento requiere la utilización de registros, encuestas y técnicas participativas: el segundo momento requiere básicamente del dominio de técnicas participativas capaces de captar lo subjetivo"*¹⁴ (Este processo de transformação de necessidades em problemas e de problemas em decisão de atuar, ocorre no espaço da vida cotidiana. Ao longo de todo esse espaço, o estudo da situação da saúde tem, além do momento de determinação de necessidades e sua explicação, o

¹² Pedro Luís CASTELLANOS, *Avances Metodologicos en Epidemiologia*, p. 214.

¹³ *Idem*, p.203.

¹⁴ *Ibid.*, p.205.

momento de determinação dos problemas. Se o primeiro momento requer a utilização de registros, pesquisas e técnicas participativas, o segundo momento requer basicamente o domínio de técnicas participativas capazes de captar o subjetivo).

Ainda segundo Castellanos¹⁵, o espaço de decisões do ator social tem limites dados por:

"a) *La necesidad de la acción*" (A necessidade da ação).

"b) *La capacidad de acción*" (A capacidade de ação).

"c) *Las intenciones potenciales del actor*" (As intenções potenciais do ator).

"Todos estos elementos serán considerados por cada actor en la valoración que hace de las necesidades y problemas y en su proceso de decisiones de acción" (Todos estes elementos serão considerados por cada ator na valoração que faz das necessidades e problemas e em seu processo de decisões de ação).

Os dados referentes ao Estado de São Paulo e à FUNAI auxiliaram na construção de quadros referenciais e na formulação das hipóteses de trabalho.

Nas técnicas e instrumentos de observação foram utilizadas:

1. observação direta não participante (o pesquisador se coloca em situação de espaço e tempo que lhe permite assistir às manifestações do fenômeno a ser estudado);
2. observação direta participante (o pesquisador passa a viver a situação em estudo);
3. consulta bibliográfica e documental;
4. questionários e formulários;
5. entrevistas;
6. histórias de vida e biografias.

Foi utilizada na análise a construção de uma tipologia municipal que se prestou à comparação com o município de São Sebastião.

Na pesquisa, a proposição do problema, se comparada ao assunto, delimita as semelhanças e diferenças que existem entre o enunciado geral e o enunciado particular de uma mesma realidade. O assunto é Saúde Pública, e o problema, a sociodiversidade não considerada na execução de políticas públicas de saúde, em recorte ambiental. Problema que, segundo

¹⁵ *Ibid.*, p.206.

Lalande¹⁶ é uma tarefa proposta, uma dificuldade a se rever, uma questão especulativa ou prática.

"Definir o tema é pensar o objeto e não apenas escolher o assunto. Nesse sentido a definição não é apenas um ato inicial: ela se articula com a problematização, formando com esta momentos e expressão de um único movimento¹⁷ ".

Algumas advertências são trazidas entendendo-se, segundo Vieira, produzir o conhecimento como construção e aceitar passivamente a razão e o processo de constituição de marcos teóricos em ação, como contribuintes para a perpetuação das relações de poder que estão na base daqueles temas e daqueles marcos.

Os temas trazem consigo uma relação de poder, uma carga de significados que lhes foram atribuídos pelos atores no exercício de sua prática política. São condições de produção daquele tema enquanto discurso e poder.

Abramo¹⁸ considera que *"a proposição do problema é a elaboração formal, prévia e antecipada da principal resposta da pesquisa"*.

Vieira¹⁹ observa que:

"As fontes precisam de perguntas adequadas; só que essa adequação resulta da mútua determinação do sujeito e do objeto, ou seja, a fonte participa das perguntas que o pesquisador lhe faz.

"Se a fonte participa das perguntas que o pesquisador lhe faz, cai por terra a preocupação com a formulação de hipóteses fechadas prevalecendo a idéia de problematização, ou seja, a formulação de hipóteses sucessivas, envolvendo teoria e fonte.

"Problematizar nesse caso é dar voz aos sujeitos históricos. Nesse procedimento o pesquisador interroga os agentes sociais a partir de suas preocupações e de sua postura e se deixa interrogar por esses agentes. A partir desse diálogo o pesquisador vai formular seus próprios conceitos, verificar que outros agentes deve abordar e, conseqüentemente, que registros buscar. Por isso não é possível compartimentar o processo de investigação em fases estanques."

A delimitação do universo²⁰ é o momento em que se relacionam as fontes de informação, descrevem-se e quantificam-se os informantes, estabelecem-se os limites geográficos e temporais da área em estudo.

¹⁶ A. LALANDE, *Vocabulaire technique et critique de la Philosophie*, p. 102-103.

¹⁷ M.P.A. VIEIRA et All, *A pesquisa em história*.

¹⁸ Perseu ABRAMO, *Pesquisa social - projeto e planejamento*.

¹⁹ M.P.A. VIEIRA et all, *A pesquisa em história*.

²⁰ Pedro Luis CASTELLANOS, *Metodologia para investigação de saúde e desigualdade*, 2a parte.

Os instrumentos de observação foram testados no sentido de verificar a adequação de linguagem, a construção dos itens, a possibilidade de obter respostas e recusas, o grau de fidedignidade (consistência) das respostas e o tempo e condições de aplicação. Foram feitos os expurgos de dados, sua codificação e tabulação.

As respostas obtidas foram associadas nos questionários para construir um retrato vertical e outro horizontal. No primeiro, nota-se o que é cada indivíduo, e no segundo, o que é a situação ou o processo.

"A Investigação em Sistemas de Saúde busca dar apoio ao processo de tomada de decisão, em todos os níveis do sistema de saúde com informações relevantes, a fim de que o sistema passe a operar de forma mais efetiva, trazendo, com isso, melhorias à saúde da população. (...) A pesquisa pode estar centrada em questões sobre desenvolvimento de políticas, gerência, tomada de decisão, administração, oferta e utilização de serviços, qualidade e impacto²¹".

2. Metodologia para investigação sobre Saúde e Desigualdade

Não existe um método epidemiológico privilegiado para investigar as desigualdades sociais perante a doença e a morte. Os métodos clássicos podem testar hipóteses que evidenciam esta desigualdade, no que diz respeito às investigações quantitativas. Os métodos qualitativos ainda não estão plenamente desenvolvidos no campo da Epidemiologia. Uma série de questões epistemológicas, e até ideológicas, procuram discutir a cientificidade destas abordagens (Possas, Ladeira, Castellanos²²).

A disciplina científica se define pela existência de um objeto de estudo, de um método e um corpo de conhecimentos.

Castellanos²³ define Epidemiologia como *"una disciplina del campo de la Salud Pública y como tal forma parte del conjunto de esfuerzos de la sociedad por transformar favorablemente la situación de salud de sus diferentes grupos de población. El campo de la Epidemiología está así conformado por diferentes formas de práctica que tienen en común el énfasis en el esfuerzo de conocimiento mediante la investigación, el objeto de estudio (los fenómenos de Salud-Enfermedad), y la vinculación con acciones de transformación de la situación de salud"* (uma disciplina do campo da Saúde

²¹ VARKEVISSER, PATHMANATHAN E BROWNLEE, *Manual de capacitação em investigação em sistema de saúde*.

²² Cristina POSSAS. *Perspectivas para a ciência epistemológica e na abordagem interdisciplinar*, Seminário de Epidemiologia.

Maria Inês LADEIRA, *O caminhar sob a luz. O território Maya à beira do oceano*.

Pedro Luis CASTELLANOS, *Avances metodológicos en Epidemiología*.

²³ Pedro Luís CASTELLANOS, *Avances metodológicos en Epidemiología, passim*.

Pública e, como tal, compõe parte do conjunto de esforços da sociedade para transformar favoravelmente a situação da saúde de seus diferentes grupos de população. O campo da Epidemiologia está assim formado por diferentes formas de prática que têm em comum a ênfase no esforço de conhecimento frente à investigação, ao objeto de estudo {os fenômenos de Saúde-Doença}, e à vinculação de ações de transformação da situação da saúde).

3. Planejamento e políticas de saúde

Na explicitação das políticas de saúde, na década de 80, é importante a contribuição de dois especialistas em planejamento de saúde: Mario Testa e Carlos Mattus.

Testa²⁴ preocupou-se com a estrutura de poder do setor saúde defendendo o planejamento como servidor da mudança, e a legitimação de grupos no exercício do poder. Classifica o poder em grupos: técnico, administrativo e político. Em seus pressupostos políticos e epistemológicos, analisa as alianças e os micro-poderes. Preocupa-se muito com a estratégia e pouco com a operacionalização. No diagnóstico administrativo, ressalta a utilização de médias, enquanto na opção estratégica a ênfase é dada às diferenças (Paim, Castellanos²⁵).

Mattus²⁶ faz um planejamento situacional, sendo hábil articulador entre a política e o plano com "a ponta da Linha²⁷ ".

Sob esta ótica o dano é recuperado como problema de saúde. Paim²⁸ se refere ao planejamento situacional como "*superação tático-operacional mais que teórico-metodológica*". Seus pressupostos teórico-metodológicos são : prática, processo, objeto e organização, entendidos como pluralismo de sujeitos interinstitucionais e da operação.

Esta situação seria entendida como explicação da realidade através de uma força social a partir de sua própria visão da realidade. A principal característica desta explicação situacional constitui o fato de ser uma indicação auto-referencial, policêntrica e dinâmica. Sua matriz de análise operacionaliza o problema e a solução ao dar origem ao seguinte quadro:

²⁴ Mario TESTA, *Planejamento em saúde: as determinações sociais*, citado em E.D. NUNES, *As ciências sociais em saúde na América Latina*.

²⁵ Jairnilson S. PAIM, *Epidemiologia e planejamento*, 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Campinas, 2 a 6 de setembro, 1990.

²⁶ Carlos MATTUS, *Adiós Señor Presidente, Planificación, Antiplanificación. e Planificación, libertad y conflicto*.

²⁷ Expressão de jargão utilizada entre os técnicos de saúde.

²⁸ Jairnilson S. PAIM, *Epidemiologia e planejamento*. 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Campinas, 2 a 6 de setembro, 1990.

Problema	Descritores	Rede explicativa	Soluções	
	Informações quantitativas e qualitativas.	Fator - por quê? Processos - por quê? Estruturas - por quê?	Sob controle do Sistema de Saúde	Fora do Setor de Saúde

Nesta concepção os problemas não são setoriais e compartimentados; pode-se utilizar qualquer marco referencial.

As técnicas qualitativas sugeridas podem ser: oficinas de trabalho (chuvas de idéias ou tempestade cerebral), histórias de vida (da Antropologia), entrevistas, jornais, etc.

Gallo e Rivera²⁹ fazem uma reflexão que interliga o planejamento com a teoria da ação comunicativa. *"Através de Habermas^{30 31} temos a retomada do papel primordial da subjetividade da normatividade autônoma dos atores sociais e da cultura em sua expressão mais ampla. É um movimento dialógico na construção comum de um discurso teórico prático: não mais o Eu e o outro, mas o nós social. A superestrutura tem, na modernidade, papel ativo e importante. A cultura dos atores sociais, sua capacidade de imposição de normas sociais e a evolução das estruturas cognitivas e morais da personalidade dos sujeitos socializados criam uma nova ordem social"*.

4. Material e métodos

A partir do caso concreto do Município de São Sebastião é feito o diagnóstico de situação ambiental, sanitária e a prestação de serviços de saúde dos poderes Municipal, Estadual e Federal. A população indígena da área de Silveiras é escolhida para explicitar a diferença cultural que é aceita, explosiva e portanto didática. Ao focalizar esta população específica, o desempenho da FUNAI (a nível estadual) deve também ser analisado.

Com o intuito de realizar a comparação do município com a região - Estado de São Paulo - realiza-se um diagnóstico ambiental e de saúde acrescido de inquérito populacional que corresponde a:

- 900 indivíduos moradores de 2 regiões de saúde (Capão Bonito, Mogi das Cruzes), amostragem de 6 municípios com piores indicadores
- 25 histórias de vida (dentro da mesma população);
- 324 secretários municipais de saúde;
- 73 administradores de regionais de saúde.

Estes inquéritos são complementados através de entrevistas estruturadas com 19 médicos, moradores do município de São Sebastião. São

²⁹ Edmundo GALLO e outros, *Planejamento criativo: novos desafios teóricos em políticas de saúde*, p.13 e 59.

³⁰ J. HABERMAS, *O discurso filosófico da modernidade*.

analisados documentos e textos referentes à alteração estrutural do sistema de saúde e especificamente a atuação do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) e do Centro de Vigilância Sanitária (CVS) com seu Programa Ambiental.

A visão dos povos indígenas será pesquisada através de entrevistas com lideranças e de observação participante nas áreas de estudo.

A bibliografia anexa também subsidia teoricamente a análise dos dados.

III. A PROBLEMÁTICA ENVOLVIDA

1. Natureza e cultura

Um "ritual" de reflexão epistemológica sobre os processos de gênese, desenvolvimento, estruturação e articulação do saber científico deveria, a meu ver, preceder a aplicação de técnicas de análise ambiental.

Como se situam os problemas na prática efetiva dos cientistas? Para situar e colocar problemas precisamos de conceitos (...). São várias as concepções do que seja a ciência (...)¹. Quais são os objetos, perspectivas e métodos utilizados?

A epistemologia interna de uma ciência (por exemplo a "Ciência Ambiental") consiste na análise crítica que se faz dos procedimentos de conhecimento utilizados, tendo em vista estabelecer seus fundamentos.

A epistemologia derivada visa fazer uma análise da natureza dos procedimentos de conhecimento, não para fornecer fundamentos ou intervir em seu desenvolvimento, e sim para determinar a parte que cabe ao sujeito e a que cabe ao objeto, no modo particular de conhecimento. Esta epistemologia é também chamada de geral².

Não é demais enfatizar a importância de avaliar passos precedentes a técnicas de análise ambiental (ou de qualquer outra natureza). A metodologia científica é uma disciplina instrumental, a serviço da pesquisa. Em sua origem etimológica significa o "estudo dos caminhos", dos instrumentos utilizados para se fazer ciência, tanto na capacidade de conhecer, como na capacidade de intervir na realidade.

No que diz respeito a reconhecer o "caráter problematizante da metodologia", é necessário aceitar o fato de que tudo em ciência é discutível!!!... Não há o que se chama de teorias finais, dados evidentes, provas cabais...

¹ Albert JACQUARD, *Elogio da diferença*, p.78,80 e 81.

² Hilton JAPIASSU, *Introdução ao pensamento epistemológico*, p.15

Alguns reduzem a ciência ao trabalho de coletar dados, sistematizá-los e, a partir daí, descrever a realidade. Outros ficam em nuvens de teoria e entendem por pesquisa apenas o estudo e a produção de quadros referenciais na linha de explicação da realidade. Descrever é restringir-se ao que existe, e explicar corresponde ao por que existe. Outros ainda acreditam na pesquisa enquanto teoria e prática. São "maneiras de fazer ciência".

Este ensaio não pretende ser um texto religioso; deixemos a teologia para os especialistas. Nem se tem a pretensão de fazer a apologia da corrente denominada *ecologia profunda*. O objetivo é bem menos ousado, pois não se trata de ter uma receita de bom comportamento para a Humanidade, mas apenas de lançar alguns tópicos com a intenção de aumentar nosso rol de dúvidas e incertezas, provocando alguns momentos de reflexão.

Nesta linha de raciocínio, à medida que as dúvidas aumentam, surge a primeira de muitas questões: é necessário escrever ou agir?

No livro "A Farmácia de Platão", inspirado no diálogo de Fedro, Derrida³ traz como questão central: escrever é decente ou indecente?

O escrito no mito de Theuth é apresentado como um *phármakon*, uma medicina, um remédio. No entanto, o duplo sentido, a ambigüidade do termo é expressiva, falamos de veneno ou remédio, benefício ou malefício. É um jogo filosófico, mas a metáfora do jogo é instigante. Platão dizia no Fedro, "*que a escritura só pode (se) repetir, que ela 'significa' (semaínei) sempre o mesmo' e que 'ela é um jogo (paidiá)' "*.

Esse motivo, por si só, já deveria nos impedir de reconstruir toda a cadeia de significações do *phármakon*. Nenhum privilégio absoluto nos permite dominar absolutamente seu sistema textual. Este limite pode e deve, contudo, deslocar-se em uma certa medida. As possibilidades do deslocamento, os poderes de deslocamento são de natureza diversa e, mais do que enumerar aqui os títulos, tentemos produzir no percurso alguns de seus efeitos através da problemática platônica da escritura. Acabamos de seguir a correspondência entre a figura de Thot na mitologia egípcia e uma certa organização de conceitos, filosofemas, metáforas e mitemas referidos a partir do que se chama de texto platônico. A palavra *phármakon* nos parece adequada a atar, neste texto, todos os fios dessa correspondência. Releiamos agora, sempre na tradução de Robin⁴, a seguinte frase de Fedro: "*Eis aqui, oh, Rei*", diz Theuth, "*um conhecimento (máthema) que terá por efeito tornar os egípcios mais instruídos (sphoterous) e mais aptos para se remorar*

³ DERRIDA, *A Farmácia de Platão*, p.7 e "orelha", e p. 9.
Denis DIDEROT, *Da interpretação da natureza e outros escritos*, p.31.

⁴ L. ROBIN, *Theorie platonicienne de l'amour*. e introdução na edição Budé do Fedro.

(moemenikotérous): *memória* (mnéme) e *instrução* (sophia) encontraram seu *remédio* (phármakon)".

E o que é um texto senão memória...?

"O Deus da escritura é pois um deus da medicina. Da 'medicina': ao mesmo tempo ciência e droga oculta. Do remédio e do veneno. O deus da escritura é o deus do phármakon. E é a escritura como phármakon que ele apresenta ao rei no Fedro, com uma humildade inquietante como o desafio".

Ao perceber a familiaridade do acima descrito com a área de que trato, tendo a optar pelo desafio da escrita. No entanto, no pensamento ocidental dominante percebem-se várias estratificações⁵, e uma delas é a de gênero: feminino ou masculino. Na mentalidade oriental esta ruptura, definição estanque e excludente, não se coloca: é o TAO (T: princípio binário, equilíbrio, andrógino; A: princípio feminino; O: princípio masculino) como núcleo do cotidiano vivenciado.

O TAO em uma simples troca de letras se transforma em ATO (fem., equilíbrio, masc.), evidenciando um princípio filosófico que deve ser prático, um "fazer" - o ATO. Portanto, completou-se a decisão filosófica no ATO de escrever. Apenas com uma ressalva: o código deverá ser decifrável, pois, segundo Michel Serres⁶:

"... os médicos antigamente falavam o latim, os colaboracionistas na 2a. Guerra, o alemão, da mesma forma como hoje os jornais parisienses escrevem em inglês para que o povo obedeça, estupefato, sem compreender nada. Normas nas Ciências e na Filosofia, quase todas as palavras técnicas não têm outro objetivo senão o de separar os adeptos da paróquia dos excluídos, cuja participação na conversa pouco importa, o que mantém o poder de alguns".

1.1 A discussão do Homem X Natureza

"Dito ou não dito, há um contrato prévio a respeito de um comum" (Michel Serres, *op. cit.*, p. 18). Moscovici⁷, há cerca de duas décadas, escreveu "Sociedade contra a natureza" que tematiza tópicos que atualmente têm grande visibilidade. O problema, colocado como questão teórica das ciências humanas, é o das relações entre cultura e natureza. A Biologia e a Antropologia são chamadas a contribuir neste embate, entre leituras naturalistas e culturalistas, demonstrando uma confluência teórica entre ciências em ruptura.

⁵ Illia PRIGOGINE e Isabelle STENGERS, *A nova aliança, metamorfose da Ciência*, introdução.

⁶ Michel SERRES. *O contrato natural*, p.18.

⁷ Serge MOSCOVICI, *A sociedade contranatura*, p.12.

Nesta análise estrutural e funcional da sociedade, considera-se que esta é anterior à natureza e estruturalmente seu fator englobante e operador. O núcleo central desenvolvido é a proibição do incesto, elemento equilibrador da ordem social e cósmica.

A sociedade seria um ancoradouro biológico, com a função de reprimir instintos, focalizando em cada teoria relatada um instinto, como por exemplo a agressão ou a sexualidade.

Duas categorias são utilizadas baseadas em teorias contrárias. Uma delas engloba as Teses em que os fatores econômicos são determinantes e os psíquico/ideológicos são determinados. A outra faixa de teorias constitui o inverso.

A linha a ser perseguida é a da procura de um paradigma de sociedade e de natureza. Temas como ruptura e conquista ou mudança e criação aparecem. Atualidades na discussão do movimento ambientalista podem ser observadas, tais como: a relação norte-sul, o controle populacional. Em plena fase preparatória da conferência UNCED-92 parece atual a ironia quanto à participação dos burocratas na proteção à natureza (vide pág. 134).

A cultura não é um objeto. É um modelo que precisa de pensamento simbólico. Quando o antropólogo explicita as regras, está falando em culturas e em símbolos.

Levi Strauss⁸ tem sido rotulado como estruturalista, evolucionista e diacrônico. Em sua "Raça e História" da década de 50, encomendada pela UNESCO para questionar o racismo, algumas das idéias de força são colocadas, tais como: uma visão não linear da história, a questão da diversidade da cultura, o etnocentrismo, a visão de progresso, a relação com a modernidade e, enfim, a "*cultura de quem olha*". No início do texto este autor tenta substituir a noção de raça por cultura, pois seria melhor trabalhar com a diversidade cultural, ao invés da racial, que tem um grande peso ideológico e biológico. O autor coloca que "*a riqueza está na diversidade*". Neste livro há uma reivindicação (que se clarifica em "Pensamento Selvagem") que se traduz na legitimidade da organização do mundo, segundo outros parâmetros que não os de nosso modo ocidental.

O *modus operandi* clássico do Antropólogo ao buscar a diferença e, nos últimos anos, aplicado no interior da civilização ocidental, tem como *leit-motiv* a lógica do outro. A forma de pensar a cultura pode ser básica, através dos símbolos e de seus atores.

⁸ Claude LEVI STRAUSS, *Raça e História; Pensamento Selvagem, passim*.

A "observação participante" na Antropologia nasce com Malinowski⁹ ao relatar sua experiência com os tobianeses no livro "Os Argonautas do Pacífico Ocidental". Descreve como funciona a sociedade, isto é, a relação das partes entre si. A explicação, que é o eixo do livro, é a diferença assumida.

Moscovici¹⁰ retorna à perspectiva das explicações psíquicas e não apenas do social nos fenômenos da sociedade. Faz uma leitura diversa das obras de Durkheim, Mauss, Weber e Simmel. Ao citar Mauss¹¹, refere-se à psicologia das massas.

A importância das crenças na sociologia moderna, com ênfase nos homens, aparece com Fustel de Coulanges:

"Para lhes dar regras comuns, para instituir o comando e fazer aceitar a obediência, para fazer a paixão ceder à razão e a razão individual à razão pública, é preciso necessariamente alguma coisa mais elevada do que a força material e mais respeitável do que o interesse, mais confiável do que uma teoria filosófica, mais imutável do que uma convenção, alguma coisa que esteja igualmente no fundo de todos os corações e que ali reine com autoridade. Essa coisa é uma crença".

Ao focalizar Durkheim e Weber, Moscovici¹² afirma que o social é o religioso. Quanto à paixão, *"nada se realiza no mundo sem paixão"*. Marx¹³ corrobora esta consideração pois afirma que é inerente à natureza do homem: *"É porque o homem, enquanto ser objetivo e sensível, é um ser que sofre, e como é um ser que sente o sofrimento, ele é um ser apaixonado. A paixão é a força essencial do homem que tende energicamente na direção do seu objeto"*.

Acerca do título do livro de Martin¹⁴ esta máquina referida é a própria sociedade.

O autor¹⁵ refere ainda que *"... um discurso sobre a sociedade é o phármakon moderno, ao mesmo tempo remédio e veneno"*.

As ações não lógicas, de racionalidade diversa à científica moderna, podem ser observadas na sociologia de Pareto¹⁶, assim como o afeto e o acaso em Weber¹⁷, e as crenças e valores últimos em Durkheim¹⁸.

⁹ MALINOWSKI, *Os argonautas do Pacífico Ocidental*, *passim*.

¹⁰ Serge MOSCOVICI, *A sociedade contranatura*.

¹¹ *Idem*, p.27.

¹² *Ibid.*

¹³ Karl MARX, citado por Gustavo MARTIN em Teoria de la magia e la religion.

¹⁴ Gustavo MARTIN, *A máquina de fazer deuses...* citado por MOSCOVICI em *A sociedade contranatura*.

¹⁵ Serge MOSCOVICI, *A sociedade contranatura*, p.30.

¹⁶ Vilfredo PARETO, in G. BUSNO, *Introduction à une histoire de la sociologie de Pareto*, Genebra, 1966.

¹⁷ M. WEBER, "La Ciudad", in *Economía y Sociedad*, T III.

¹⁸ Emile. DURKHEIM, *Sociologia*. Organizador: José Albertino Rodrigues.

Para Moscovici, Durkheim e Freud abordaram a origem da religião e a explicaram através da psicologia das massas, considerando a religião como "matriz do elo entre os homens na sociedade". Nesse sentido, também escreveu Evans-Pritchard¹⁹ : *"Para Freud, Deus é pai, para Durkheim, Deus é a sociedade"*. Mas no pós-modernismo, *"Deus está morto"*²⁰ .

Durkheim²¹ ao falar de tribos australianas coloca que a mesma distinção não é feita por nós entre o mundo humano e o mundo não humano. Nestas sociedades, os elementos da natureza fazem parte da mesma e os membros da tribo fazem parte da natureza ...

O crédito pela descrença da época contemporânea se deve ao fato de que *"a ciência e a civilização moderna nos tornaram isolados, solitários e individualistas. Se, atualmente, nos tornamos menos religiosos, se vamos menos freqüentemente às igrejas e templos, não foi porque nos tornamos descrentes, esclarecidos pela ciência e pela civilização modernas. Pelo contrário, foi porque a ciência e a civilização modernas nos isolaram, nos tornaram solitários e individualistas, que nos tornamos descrentes"*²² .

Moscovici observa ainda em Durkheim: *"O elemento platônico é nele inegável; em primeiro lugar, a crença na presença, nas coisas, de idéias que seriam mais reais do que elas e que dela dariam conta"*²³ . Ainda segundo o mesmo autor:

"Cortando a história desde o Renascimento a modernidade devasta o continente europeu através de suas indústrias, dilacerando os laços que nos mantinham reunidos.

*"A consciência desta perda e a nostalgia daquilo que foi perdido estão presentes, de Rousseau a Marx, nas nossas visões de sociedade"*²⁴ .

Segundo Moscovici, citando Durkheim: *"a autoridade das representações coletivas é fundamental na medida em que elas são interiorizadas na consciência dos membros de uma sociedade, que continua a existir independentemente deles na língua, nas instituições e nas tradições. Elas constituem o meio onde vivemos juntos, quer sejam as representações religiosas nas sociedades arcáicas ou as representações científicas nas nossas"*. A marca de Durkheim, no entanto, diz respeito ao estudo das representações do sagrado.

¹⁹ EVANS-PRITCHARD, *Social Anthropology*.

²⁰ Sege MOSCOVICI, *A Sociedade Contranatura*, p.38.

²¹ Emile DURKHEIM, *Sociologia*. Organizador: José Albertino Rodrigues.

²² Serge MOSCOVICI, *A Sociedade Contranatura*, p.49.

²³ *Idem*.

²⁴ *Ibid*.

Moscovici refere brilhantemente o terror das idéias como traço comum de todas as sociedades, *"sem excluir o nosso século, onde o temor imemorial transforma em crime o direito à dissidência ou à divergência, inscrito em todas as constituições como um dos direitos inalienáveis do homem"*, e complementando, *"substituam a palavra idéia por um termo que lhes pareça mais exato: ideologia, visão de mundo, mito, informação ou representação social"*²⁵.

Já Max Weber, citado por Moscovici, *"parte do princípio que as representações e visões do mundo defendidas pelas vias irracionais são o pano de fundo de nossos modos de vida e das práticas mais racionais"*.

Marx dissecou o problema da tensão entre tradição e inovação que expressa o mal estar de um mundo sem espírito e sem vocação. Weber pode reconhecer esta tensão e a interpretou à sua maneira.

Durkheim e Tocqueville vêm na Revolução Francesa a mudança principal da sociedade moderna, e Weber a situa na reforma protestante.

Segundo Kuhn²⁶, a ciência pode ser dividida em normal e revolucionária. Na primeira, os pesquisadores acreditam em idéias teóricas comuns, falam a mesma linguagem, resolvem problemas correntes, verificam soluções lógicas e quantificam seus efeitos. Surge, então, um corpo de conceitos e métodos novos, um verdadeiro paradigma que é a ciência revolucionária.

Moscovici refere-se a Simmel, o único dos fundadores da sociologia que abraçou publicamente o ponto de vista psicológico: *"assim como um médico, supõe que relações exclusivamente causais não existem em nenhum domínio de comportamento social. Da mesma forma que um pesquisador em cancerologia não excluiria a poluição atmosférica das causas do câncer, simplesmente por haver comprovado que o tabaco é uma causa dessa doença, também Simmel não exclui uma causa psíquica para um fenômeno histórico porque ela foi explicada por uma causa econômica"*²⁷.

Também faz referência a *"uma harmonia entre o macrocosmo e o microcosmo"*. Para Moscovici, *"as relações e as mutações sociais de grande amplitude devem encontrar assim a sua correspondência dentro das relações de indivíduo a indivíduo"*²⁸.

²⁵ *Ibid.*

²⁶ T.S. KUHN, *A estrutura das revoluções científicas*.

²⁷ Serge MOSCOVICI, *A Sociedade Contranatura*.

²⁸ *Idem.*

As idéias de Simmel encontram justificativa no princípio de complementariedade de Bohn²⁹ ao descrever que *"fenômenos físicos a nível de objetos comuns, no espaço e no tempo, na escala humana, se assim podemos dizer, e a descrição dos objetos atômicos invisíveis não se excluem, elas se completam"*. Assim, *"a descrição dos fenômenos nas dimensões da sociedade e a descrição que parte dos indivíduos seriam ambas necessárias para dar conta da realidade"*.

Uma visão de sociedade reduzida a fatos nominados, segundo Durkheim e Weber, contrapõe-se a Simmel e à realidade de uma multidão de relações e condutas vulgares a serem exploradas. A forma de Simmel pensar a sociedade substitui a idéia de instabilidade pela estabilidade.

Simmel reduz o antagonismo entre indivíduo e coletivo, ao levar em consideração a oposição entre escala molecular e molar, que é seu princípio (os físicos diriam "do campo"). Esta relatividade móvel os mantém em estado de sujeito e objeto de uma sociedade.

Segundo Moscovici, *"a regra que institui o corte fundamental entre as duas potências que cominam a visão do homem, a psicologia e a sociologia, tanto provêm de cultura quanto da ciência"*³⁰.

As sociedades do passado não separavam elementos objetivos e subjetivos, enfraquecendo a vida interior, mas separavam as coisas ordinárias e as sagradas, expressando sua maneira de dominar o universo. A sociedade ocidental dissolve esta distinção e afasta (ou opõe) as relações entre homens, e com a natureza, e que atravessam a cultura. Esta oposição, segundo teóricos, é o problema da modernidade.

A luta pelos direitos humanos parece mostrar a tomada de consciência dos problemas da espécie, que é recentemente datada (10 a 20 anos).

Moscovici traz como questão as condições que ligam os homens à natureza. *"Das sociedades vividas às sociedades concebidas, existe toda a distância que separa o contínuo do descontínuo, o complexo do simples, o acabado do inacabado, passamos de representação de uma sociedade de três dimensões à representação de uma sociedade de quatro dimensões. (...) Essa quarta dimensão é o tempo, ou dito de outro modo, o possível e o transitório."*

"Tudo isso continuará como uma metáfora enquanto não reconhecermos a preponderância da criação sobre o sistema, da gênese sobre

²⁹ David BOHN, *Hidden variables and the implicate order*, p. 38.

³⁰ Serge MOSCOVICI, *A sociedade contranatura*.

a estrutura. Ficamos assim com a impressão de que as primeiras nos entregam uma chave das segundas.

"A tarefa de conhecer: consideramos que a psicologia tem um papel determinado, pois cada comunicação passa pelas palavras, cada ação por representações e, finalmente, cada relação pressupõe uma regra³¹".

2. Natureza e sociedade

A partir do Renascimento, a moderna percepção da Natureza caracteriza-se pela objetividade, independência e exterioridade. Estas condições são fundamentais para que o homem conheça e molde a Natureza, colocando *"o selo de sua ordem"*³². A vida e o cosmo são desacralizados. A busca do conhecimento introduz a prática da observação sistemática (ordens de sentido). A construção de metáforas e a crítica ao saber fazem nascer o experimentalismo, base do método científico moderno, que é, no entanto, profundamente utilitário, exploratório e interventor³³.

A natureza sem o humano e sem o sagrado é colocada na objetividade. Na modernidade existe uma oscilação entre o reacionalismo e o empirismo, isto é, razão como princípio absoluto do conhecimento ou a experiência como critério de verdade.

A dualidade que se coloca em evidência é a ruptura Natureza-Homem. Estas *"rupturas dualistas na racionalidade moderna são dicotômicas, não admitindo sínteses"*, segundo observa a Profa. Madel. As disciplinas científicas tendem a ser dualistas em suas teorias. As representações de totalidade são confirmadas antes, sendo hegemônicas na filosofia natural, mecanicistas nas ciências, uma *"razão dessubjetivada"*. A ruptura do sujeito e sua fragmentação, que é significativa na racionalidade moderna, nega e neutraliza o humano. Esta racionalidade funciona como forma de ordenação do mundo, códigos e métodos.

A partir do século XVIII, há um dogma na racionalidade moderna: a ciência como caminho único de obtenção da verdade.

A lentidão da mudança da história supõe a diversidade na realidade social: a pluralidade de interesses, de ideologias, de relações de classes e de formas de exercício do poder social. Supõe também a coexistência de sistemas de pensamento diversos, de visões do mundo, de

³¹ *Idem.*

³² *Ibid.*

³³ Therezinha Madel LUZ, *Natural, Racional, Social; Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna, passim.*
Serge MOSCOVICI, *A Sociedade Contranatura, passim.*
Ilíia PRIGOGINE, Isabelle STENGERS, *A Nova Aliança, Metamorfose da Ciência., passim.*

hábitos sociais, de costumes e de formas, de modos de expressão possivelmente conflituosos, sobrevivendo juntos ao longo dos séculos.

A diversidade de visões do mundo é mencionada: são pressupostos básicos (ou tabus?) na racionalidade científica moderna: sua neutralidade em relação à história e sua independência pelas "paixões do sujeito"³⁴

Nas relações entre teorias e conceitos na Sociologia Moderna, da racionalidade científica às raízes históricas (políticas, econômicas, culturais), emergem teorias e conceitos sob forma de representações e categorias sociais.

Estas raízes históricas não são sempre reconhecidas, ou até diria, são simbolicamente silenciadas³⁵.

Segundo a Profa. Madel Luz, a ausência das inserções sociais na racionalidade da ciência não é exclusiva e pode ser considerada traço estrutural desta racionalidade.

"O movimento típico do conhecimento científico moderno é prático, transformador de realidades. Conhecimento interventor e classificatório, é verdade, mas com um sentido construtivista de construção de realidades ...

"... põe ordem na realidade ...

"... modela-a ...

"... os efeitos da ordenação racional da realidade são de natureza política e social. Neste sentido, toda disciplina científica moderna é social, embora nem sempre tematize o social nos seus enunciados teóricos e conceitos³⁶ ".

Refere ainda que a medicina seria a mais social das disciplinas modernas. *"Esta 'naturalização' do seu objetivo discursivo torna a medicina talvez a mais social das disciplinas modernas, no sentido em que ela institui e normaliza estruturas e relações sociais, a partir de enunciados 'naturais' típicos do seu campo de objetivações. Neste sentido a medicina vem sendo, ao longo do último século e meio, uma disciplina mais social que a própria sociologia³⁷ ".*

A análise tenta sintetizar abordagens de diversas áreas das ciências humanas: da história, da antropologia, da política, da psicanálise, através de contribuições de autores que tematizaram representações sociais do corpo, da saúde e da doença.

³⁴ Therezinha Madel LUZ, *Natural, Racional, Social; Razão Médica e Racionalidade Científica*, prefácio.

³⁵ Claude OLVEINSTEIN, *O não dito das emoções*.

³⁶ Therezinha Madel LUZ, *Natural, Racional, Social; Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna*.

³⁷ *Ibid.*

No período renascentista surge a representação do indivíduo como força criativa independente e sujeito a mudanças. Linguagens e teorias, assim como práticas sociais, são impregnadas de um antropocentrismo humanista³⁸.

O humanismo renascentista retoma as leituras dos gregos clássicos, sobretudo Platão, em oposição ao aristotelismo de S. Tomás. Mais do que o homem desligado do domínio dos deuses, tem-se o homem como proprietário da natureza.

A Profa. Madel faz referência ao homem como proprietário da natureza e caracteriza o conceito. Exterioridade, independência e objetividade são praticamente sinônimos na moderna percepção da "Natureza". O pensamento é influenciado pelo modelo teórico da ciência natural, pois, segundo a mesma autora:

"O pensamento positivista e as disciplinas que influencia não terão mais basicamente suas raízes na física, como o pensamento social setecentista, mas principalmente na biologia e na história natural do século XIX³⁹".

Algumas categorias da física que servem de exemplo são:

Lei, força (relativa, absoluta).

Causa (associada à de lei).

Massa, corpo (social ou político).

Ordem social (analogia de ordem natural).

Estas, no entanto, não funcionam como metáforas ou imagens, mas como categorias do pensamento social.

Ainda segundo a Profa. Madel, *"a circulação disciplinar dos conceitos é um dado característico das disciplinas modernas, e esta circulação é bastante produtiva em termos de verdades e conceitos, para ambos campos disciplinares (natural e social)⁴⁰".*

A autora também trabalha com a hipótese de *"continuidade entre imaginário social, imaginário científico e os conceitos, que nunca ficam completamente depurados de uma certa carga imaginária, pois são mais elaborados teoricamente pela razão.*

"Não se deve pensar que as categorias de natural, racional e social e os modelos de interdependência orgânica e de evolução das espécies sejam apenas metáforas transpostas de um pensamento (natural) para outro

³⁸ *Ibid.*

³⁹ *Ibid.*

⁴⁰ *Ibid.*

(social). Trata-se de transposições teóricas que deram certo, isto é, que originaram conceitos, categorias e teorias que tiveram grande sucesso na organização, modificação e até na previsão das ações e reações sociais⁴¹ ".

Estabelece também a Medicina como pioneira da racionalidade científica moderna⁴² .

Moscovici, citado por Madel, também relacionou disciplinas médicas e ramos da física. Esta continuidade pode ser percebida pelos cientistas, pelas categorias e conceituações e por métodos comuns das disciplinas naturais e da medicina moderna.

2.1. Medicina como ciência

"A clínica moderna racionalista não é hipocrática", e "não trata de ajudar a força curativa da natureza a manifestar-se, trazendo de volta o estado de saúde". Corroborar com esta asserção que no Século XIX "na disciplina das doenças toma-se a ciência do normal e do patológico"⁴³ .

Segundo classificação adotada por Canguilhem⁴⁴ temos duas representações, dos médicos e da doença:

Ontológica: organicista, localizada e mecanicista, em termos de causalidade predominante.

Naturalista: na maioria vitalista. A dinâmica supõe equilíbrio ou harmonia. Doença constitui desequilíbrio.

Em termos de Racionalidade Médica Moderna, o objeto do conhecimento é a patologia, e o objetivo da clínica é o combate à patologia.

Na transição do século XIX para o XX, com a descoberta de agentes infecciosos pela microbiologia, há uma mudança na compreensão e controle do processo saúde-doença. O relatório Flexener nos EUA enfatiza as bases científicas na formação do profissional de medicina. A teoria unicausal (uma doença, um agente) ganha impulso. Atuam vários profissionais originários de serviços em saúde pública (Goldberger, Frost, Maxcy, etc).

As associações epidemiológicas são estudadas por mecanismos explicativos, tais como os da causalidade direta de Mac Mahon⁴⁵ , ou a teoria multicausal de Leavell e Clark⁴⁶ . A crítica maior a estas teorias é a pouca importância dada ao papel do componente social da causalidade das doenças. No entanto, sem dúvida ampliaram o leque dos estudos epidemiológicos para

⁴¹ *Ibid.*

⁴² *Ibid.*, p. 91.

⁴³ *Ibid.*, p.87 e 92.

⁴⁴ Georges CANGUILHEM, *Ideologie et rationalité dans les sciences de la vie*, *passim*

⁴⁵ MAC MAHON, citado por John SNOW em *Sobre a maneira de transmissão do cólera*, p.48.

⁴⁶ LEAVELL e CLARK, citados por John SNOW em *Sobre a maneira de transmissão do cólera*, p.48.

além do panorama de doenças infecciosas, tais como fumo, dieta, hábitos de vida, radiações ionizantes, etc.

Na Rússia, com as profundas transformações acontecidas com a Revolução de 1917, foram feitas abordagens mais coletivas para enfrentar a problemática saúde-doença. Nestas condições surge a teoria da nidalidade de Pavlovsky⁴⁷, que busca entender a economia e a dinâmica de parasitas e sua atuação em grupos populacionais. O monitoramento do ambiente e a ocupação do espaço baseado em equilíbrio de nichos ecológicos passam a ser, então, uma preocupação da Epidemiologia. Este acompanhamento foi denominado de Vigilância Epidemiológica por Raska⁴⁸, na Tchecoslováquia, na década de 50.

A Inglaterra pós 2a Guerra influenciou e formou escola na epidemiologia. A experiência de médicos britânicos e de outros países, que trabalhavam por uma organização social mais equitativa, influi na criação do Sistema Nacional de Saúde. O sistema de saúde inglês influenciou outros países europeus e o próprio entendimento de "welfare state" (situação de saúde).

Na Inglaterra, o mecanismo de racionalização (menos custo e maior eficiência) e a avaliação de procedimentos da atividade de assistência (cirurgias, exames, medicamentos) foram os pilares do sistema e contribuíram para que a medicina contemporânea avaliasse continuamente seu progresso e desempenho.

Após a década de 50, o número de medicamentos, seu uso abusivo e inúmeras matérias primas no processo produtivo moderno configuram uma nítida tendência na aplicação da Epidemiologia (no indivíduo, a iatrogenia, e no coletivo, a contaminação ambiental).

A preocupação com as condições de vida da população, determinante do quadro de saúde-doença, caracteriza a Epidemiologia Social. Esta preocupação já aparece com Snow, Virchow e Newman⁴⁹. É, no entanto, na América Latina que, após 1960, aumenta o ritmo de seu desenvolvimento a partir das desigualdades históricas na distribuição de riquezas.

Nas descrições e análises da epidemia de cólera da Inglaterra no início do século XIX (tornada moderna e em evidência no Brasil de 1991), Snow tem papel fundamental como descrito por Kolfman⁵⁰: "*a Epidemiologia*

⁴⁷ PAVLOVSKY, citado por John SNOW em *Sobre a maneira de transmissão do cólera, passim*.

⁴⁸ RASKA, citado por John SNOW em *Sobre a maneira de transmissão do cólera, passim*.

⁴⁹ Salomon NEWMAN, citado por John SNOW em *Sobre a maneira de transmissão do cólera, passim*.
VIRCHOW, citado por J. BREILH em *La Epidemiologia entre fuegos, passim*.

⁵⁰ KOLFMAN, citado por Joh SNOW em *Sobre a maneira de transmissão do cólera, passim*.

estrutura-se como um conjunto não dogmático de princípios de descrição do real, respaldado em distintas áreas do conhecimento, apoiado na formulação de hipóteses consistentemente construídas e capazes de gerar medidas de intervenção orientadas para o seu controle; em suma, teoria e prática, idéias e ação voltadas para a modificação das condições de saúde".

O método epidemiológico abarca, inicialmente, uma descrição preliminar dos fatos que envolvem os problemas de saúde, etapa prévia à formulação de hipóteses. A fase seguinte é de análise do objeto de estudo com técnicas estatísticas. Com a possibilidade de acesso à informatização, a etapa inicial tem sido relegada a um papel secundário. Há inúmeros exemplos de análises equivocadas (em destaque as pesquisas de AIDS) que priorizam a estatística em detrimento da reflexão e da discussão na condução e aplicação dos métodos.

Mannheim⁵¹ ressalta a importância do pensamento e da perspectiva: *"... as condições de existência afetam não somente a gênese histórica das idéias, mas constituem uma parte essencial dos produtos do pensamento e se fazem sentir em conteúdo e forma".*

Perspectiva: é a maneira pela qual se vê um objeto, o que se percebe nele, como é construído por alguém, em pensamento. Refere-se à estrutura qualitativa do pensamento. Assim, a respeito da diferença, Mannheim⁵² coloca que: *"mas nos modos variáveis segundo os quais os objetos se apresentam ao sujeito, de acordo com as diferenças das conformações sociais. Assim, as estruturas mentais são inevitavelmente formadas diferentemente em conformações sociais e históricas diferentes".*

2.2. O imaginário contemporâneo

Trata da perspectiva mais ampla das idéias que direcionam a visão do homem moderno no que se refere a si mesmo e ao mundo.

A perspectiva ecológica do mundo, até há pouquíssimo tempo, era uma visão de grupos minoritários. O conceito de minorias só tinha relevância, até o final do século passado, quando aplicado a grupos religiosos divergentes. É também estratégia comum das idéias hegemônicas a negação sistemática do conceito de diferença para deslegitimar novas idéias que chequem o *"status quo"*.

Neste último século, o conceito de minoria se estende a grupos que, por religião, etnia ou laços culturais, sentem-se diferentes da maioria da

⁵¹ Karl MANNHEIM, *Ideologia e utopia*, p.25.

⁵² *Idem*, p.26.

população de um país. Nos últimos anos, o caráter numérico do conceito perde importância para o fato de haver discriminação e pessoas prejudicadas em uma sociedade (como por exemplo, mulheres, negros, classe média, deficientes físicos e mentais, grupos pacifistas ou ecológicos).

A psicologia das relações estuda, sem necessariamente questionar sua veracidade, a maneira como o comportamento dos indivíduos é afetado pelas crenças, rituais e pensamento mágico. Freud escreveu um ensaio polêmico a este respeito, "O futuro de uma ilusão"⁵³.

A sociologia da religião se propõe a estudar "sem paixão" os grupos influenciados por crenças religiosas e as condições sociais e econômicas relacionadas às suas crenças. O primeiro é formado por Max Weber, com a relação entre ética protestante e capitalismo, e Emile Durkheim, que enfatizou o fato de que um grupo social reformar sua identidade e valores através de rituais religiosos.

Mircea Eliade⁵⁴, historiador das religiões, coloca que o pudor atual de demonstrar a religiosidade e os sistemas de crenças, Marxismo, psicanálise e ciência, são "as grandes religiões atéias".

Segundo Michel Serres⁵⁵, *"o que está em risco é a Terra em sua totalidade, e os homens, em seu conjunto. A história global entra na natureza, a natureza global entra na história: e isto é inédito na filosofia"*.

Nossa "autodefinição ocidental" tem-se baseado na física dos séculos passados (XVII e XVIII). A definição do universo, como feito de objetos sólidos, explica nossa percepção de "nos vermos como objetos sólidos".

O modelo de Newton nos fez acreditar que todo o Universo era um sistema mecânico; ao descobrir o nascimento de planetas, máquinas e fluidos em movimento eram encarados como leis básicas da natureza. Convivem com a idéia de tempo/espaço absolutos e dos fenômenos físicos rigorosamente causais da natureza. Tudo é descrito objetivamente. O mundo é sólido e imutável, com regras claras e definidas⁵⁶. A vida diária ainda flui com esta forma mecânica. Nosso espaço é tridimensional, nossos corpos mecânicos, e o tempo linear é absoluto.

No alvorecer do século XIX, alguns fenômenos passam a não ser descritos por esta física. Surge o conceito de campo e um Universo repleto de campos criadores de forças, que interagem, umas com as outras.

⁵³ Sigmund FREUD, *O futuro de uma ilusão*, trad. W.D. Robson Scott.

⁵⁴ Mircea ELIADE, *Mito y Realidad*.

⁵⁵ Michel SERRES, *O contrato natural*, p.15.

⁵⁶ Marshall BERMAN, *Tudo que é sólido desmancha no ar - As aventuras da modernidade*.

Os paradigmas são idéias fundamentais que ainda guiam a ação dos homens de ciência na pesquisa. Em nosso século, o paradigma hegemônico é o da linearidade, que tem tanto peso e confunde-se com a essência do próprio saber. Os cientistas, por exemplo, ao procurar dividir a matéria em partículas cada vez mais elementares, seguem este paradigma⁵⁷.

Alguns físicos procuraram uma abordagem diferente do problema. Feynman elaborou um modelo teórico de partículas que se dividem nas mesmas partículas, numa espécie de processo circular. O elétron, ao se encontrar com o pósitron (anti-partículas), transforma-se em fóton, que decai em um par elétron-pósitron, que por sua vez origina um fóton que originaria um par de elétron-positivos, e assim por diante, infinitamente. Este seria o paradigma da circularidade.

Algumas áreas da matemática contemporânea⁵⁸, que investigam e espaço de dimensão superior a 3, sugerem exatamente o contrário, ou seja, que são as coisas complexas que explicam as simples. Na física quântica, três partículas elementares seriam todas elas projeção, em nosso espaço tridimensional, de uma única partícula existente em um espaço de dimensão superior. A consideração da 4a. dimensão põe em cheque outro dogma da linearidade, o de que o tempo só flui em um sentido, do passado para o futuro.

Na ciência atual, o conhecimento científico moderno faz com que os pontos de referência do senso comum se desvançam. Afinal, este conceito é realmente muito antigo, pois Platão já dizia que "o que existe embaixo é como o que existe em cima, e o que existe em cima é como o que existe embaixo".

Nos primórdios do nosso século, a Teoria da Relatividade, de Einstein, sustentou que o espaço não é tridimensional e o tempo não é uma entidade separada, e sim o espaço-tempo um contínuo tetradimensional. Ao modificar estes conceitos, supõe-se uma modificação da estrutura de descrição da natureza.

Na década de 20, a física entra na realidade do mundo subatômico e tem início a fase de explicação dos paradoxos. É a visão de Universo baseado no conceito denominado pelos físicos de complementaridade.

⁵⁷ Nesta concepção, as coisas mais complexas são explicadas em termos sempre mais simples. O paradigma linear está por

trás do mecanicismo e reducionismo da forma de pensar da ciência do século XIX e, diria, até da maioria dos pesquisadores do nosso século.

⁵⁸ R. RUCKER, *The fourth dimension*.

Max Plank fala em "pacotes de energia", os quanta da radiação de calor. Os físicos também tem considerado a matéria completamente mutável e como obedecendo a lei de probabilidades, isto é, apenas "tende a existir".... Temos aí um mundo de opostos aparentes que se completam.

Nosso mundo de objetos sólidos e leis deterministas da natureza está dissolvido em um mundo de modelos de interconexões. O Universo parece uma tela dinâmica de modelos de energia, um todo dinâmico e inseparável, e que sempre inclui o observador. O que chamávamos de "coisas" são eventos ou caminhos. Segundo o físico Dr. David Bohn⁵⁹, em sua obra *"The Implicate Order"*, as leis físicas principais não podem ser descobertas por uma ciência que tenta dividir o mundo em partes:

"Vê-se que as partes estão em conexão imediata, na qual suas relações dinâmicas dependem, de maneira irredutível, do estado de todo o sistema... Desse modo, somos levados a uma nova noção de complexidade inclusa, que nega a idéia clássica de que o mundo é analisável em partes que existem separada e independentemente".

Dr. Karl Pribram⁶⁰, investigador do cérebro, refere que a estrutura profunda do cérebro é holográfica. A informação é distribuída por todo o sistema e assim cada fragmento produz a informação do conjunto. É a circularidade de conceitos.

Conforme nos lembra Mannheim⁶¹:

"Uma sociedade é possível porque os indivíduos que nela vivem são portadores de algum tipo de imagem mental desta sociedade.

"O mundo foi estilhaçado em incontáveis fragmentos de indivíduos e grupos atomizados. A ruptura da integridade da experiência individual corresponde à desintegração da cultura e da solidariedade de grupo".

No enfraquecimento das bases de ação coletiva unificada, a estrutura social tende a se partir e a produzir o estado de anomia (Emile Durkheim), que seria o "vácuo social". Nesta condição, violência e desordem são fenômenos correntes: a atividade da vida perde o sentido.

Uma área específica do saber contemporâneo que também pode contribuir é a sociologia do conhecimento, ao analisar a mentalidade de um estrato da sociedade, em uma dada época, que se interessa pelas idéias e modos de pensar e o contexto social em que ocorrem.

⁵⁹ David BOHN, *The implicate order*, p.38.

⁶⁰ Karl PRIBAM, *The cognitive revolution and mind-brain issues*, p. 507-519; *The neurophysiology of remembering*, p. 75.

⁶¹ Karl MANNHEIM, *Ideologia e utopia*, p.296.

Ainda segundo Mannheim⁶² : *"A direção desta vontade da atividade coletiva de transformar ou manter é que produz o fio orientador para a emergência de seus problemas, seus conceitos e suas formas de pensamentos.*

"As motivações coletivas inconscientes não podem operar em todas as épocas, mas apenas em uma situação bastante específica. Alguns fatores forçam um número maior de pessoas a refletir sobre as coisas no mundo, seu próprio pensamento e o 'alarmante' fato de que o mesmo mundo possa se mostrar diferentemente a observadores diferentes. Estas serão épocas em que a discordância predomina sobre a concordância ...

"A multiplicidade de modos de pensar não pode se tornar um problema em período em que a estabilidade social fundamenta e garante a unidade interna de uma visão do mundo.

"A intensificação da mobilidade social que destrói a ilusão anterior, prevalecendo numa sociedade estática, de que todas as coisas podem mudar, mas o pensamento permanece o mesmo. E o que é mais, as duas formas de mobilidade social, horizontal e vertical, operam de forma diferente para revelar essa multiplicidade de estilos de pensamento. A mobilidade horizontal (movimento de uma posição para outra ou mais, um ponto para outro, sem mudança do status social), nos mostra que povos diferentes pensam diferentemente".

Na elaboração dos temas das conferências sobre Meio Ambiente realizadas até o momento, é surpreendente o fato de que não sejam abordadas as questões ambientais a partir do ponto de vista da sociodiversidade, isto é, das populações diferenciadas (índios, negros, mulheres, trabalhadores, favelados, seringueiros, garimpeiros, etc), inclusive a discussão de controle populacional que é tema que retorna de forma velada, colocada pelos países dominantes do 1º Mundo, sob a ótica de "populações marginalizadas ou carentes".

Na tentativa de concluir estas reflexões, parece extremamente saudável a explicitação de pensamentos diversos que tracem contratos de gestão do patrimônio cultural e da natureza, com vistas não mais ao "aqui e agora", mas às gerações futuras.

É fundamental encaminhar nosso cotidiano e as políticas mundiais nesta direção. Arendt⁶³ instiga nossos pensamentos com as seguintes colocações:

⁶² *Idem*, p.303.

⁶³ Hannah ARENDT, *A condição humana*, p.10-11 prólogo.

"... Devem a emancipação e a secularização da era moderna, que tiveram início com um afastamento, não necessariamente em Deus, mas de um Deus que era o Pai dos homens no céu, terminar com um repúdio mais funesto de uma terra que era a Mãe de todos os seus vivos sob o firmamento?"

"... A ciência vem- se esforçando por tornar a própria vida por conta do último laço que faz do próprio homem um filho da natureza."

"... Não há motivo para duvidar de nossa atual capacidade de destruir toda a vida orgânica da Terra. A questão é apenas se desejamos usar nessa direção nosso conhecimento científico e técnico: é uma questão política de primeira grandeza "

3. Cultura

A noção de cultura está intimamente ligada à Antropologia, enquanto campo do saber. A cultura de qualquer forma de vida é simples e complexa. Tylor⁶⁴ define cultura como *"uma totalidade complexa que inclui conhecimento, crenças, arte, moral, leis, costumes e todas as outras capacidades e hábitos adquiridos pelos homens como um membro da sociedade"*. Na dinâmica desta disciplina o termo entrou em pares conceituais variados (cultura sociedade, cultura personalidade, cultura civilização, cultura natureza ...).

No ano de 1952 Kroeber e Kluckhohn classificaram 164 diferentes definições de cultura: históricas, descritivas, normativas, psicológicas, estruturais, etc. Esta multiplicidade pode indicar a importância e o papel estratégico deste conceito no Ocidente. A cultura foi comparada por Geertz à segunda lei da termodinâmica, à seleção natural e à motivação inconsciente do comportamento, que são idéias-chave na mitologia culta do século XX⁶⁵.

O romantismo alemão teve a *Kultur* como um tema caro, instrumento da burguesia contra a aristocracia francesa (identificada como civilização cortesã), e posteriormente definindo o espírito alemão⁶⁶.

Em seu uso francês, a cultura traz a idéia de progresso, e no contexto alemão, volta-se para a tradição. Na França trata-se do expansionismo colonial, enquanto que na Alemanha, da singularidade de um povo. A cultura assumida, na Antropologia, é o discurso ocidental sobre a alteridade.

⁶⁴ Sir Edmund Burnett TYLOR, *Primitive culture*, citado por GEERTZ em *Interpretação das culturas*, p.14.

⁶⁵ Gilberto VELHO e Eduardo VIVEIROS DE CASTRO, *O conceito de cultura e o estado de sociedades complexas: uma perspectiva antropológica*, *passim*.

⁶⁶ Norbert-La ELIAS, *Civilization des moeurs*, *passim*.

Originalmente a noção-chave de cultura foi resultado de um esforço de conscientização de diferenças na civilização ocidental, que era imediata e visível no confronto com sociedades exóticas⁶⁷.

A unidade fundamental do gênero humano ganha legitimidade com a teoria de Darwin, que toma corpo no final do século passado⁶⁸. O evolucionismo como teoria da diferença cultural fundava-se neste postulado. Uma vez aceita esta Unidade, como explicar a diversidade? A perspectiva europeia do Universalismo (nós civilizados, e os outros), como fenômeno inédito na história das idéias, trabalha com este conceito básico.

A consciência ocidental do outro tem inserção histórica em contextos variáveis, na relação Europa-colônias, e na medição antropológica que a acompanha. A diferença é reduzida à medida que é propiciada a entrada de grandes contingentes de consumidores (povos colonizados) no capitalismo. É a idéia de civilização como progresso, que perde seu sentido de processo ao definir um estado (sociedade ocidental) a ser atingido pelos não-civilizados.

Na percepção crescente da especificidade das diferenças culturais, tenta-se através da Antropologia reconstruir os critérios internos utilizados na auto-reflexão da cultura. Foi a abordagem da diferença cultural como dado irreduzível que se transformou na tradução para o discurso científico da multiplicidade vivida pelos homens, evitando a destruição cega da diferença em nome da pretensa suprenovidade da civilização ocidental.

A conciliação do dilema - unidade biológica X diversidade cultural - é enfrentada, tomando-se o essencial inacabamento biológico do ser humano após o nascimento, sua plasticidade e abertura para o mundo⁶⁹. A cultura funciona como instância humanizadora e mecanismo adaptativo básico da espécie. Conforme Mauss⁷⁰, "*o domínio da cultura é o da Modalidade*". A humanização é feita em um modo particular de vida e não através de uma humanidade abstrata⁷¹.

Segundo Geertz, os aspectos ontogenéticos e filogenéticos do desenvolvimento humano supõem a inseparabilidade de Cultura e Natureza. Essa humanização é um instrumento de comunicação.

A cultura também tem sido definida como um conjunto complexo de códigos que asseguram a ação coletiva de um grupo⁷². A noção de código

⁶⁷ Gilberto VELHO e Eduardo VIVEIROS DE CASTRO, *O conceito de cultura e o estado de sociedades complexas: uma perspectiva antropológica*, *passim*.

⁶⁸ Serge MOSCOVICI, *A sociedade contranatura*, *passim*.

⁶⁹ Peter BERGER e Thomas LUCKMAN, *A construção social da realidade*, *passim*.

⁷⁰ M. MAUSS, *Sociologie et Anthropologie*, p. 162.

⁷¹ Claude LÉVI-STRAUSS, *O pensamento selvagem*.

⁷² *Idem*.

vem da Lingüística. Saussure apontou o caráter social, inconsciente e sistemático da linguagem-domínio central da cultura que foi elaborada por Claude Lévi-Strauss na idéia de sistema. Neste paradigma de sistema, o "todo complexo" de Tylor é um todo coerente, onde regra, crença, costume ou comportamento fazem parte de um conjunto que dá sentido às partes, ou seja, uma racionalidade⁷³.

Esta concepção encaminha à tese de que a atividade e pensamento humanos estão submetidos às regras inconscientes (Freud, Saussure, Mauss). Estas regras não são individuais, e sim um sistema comum ao grupo; são os estudos que focalizam a matriz social das formas de percepção e classificação no mundo (Durkheim, Mauss, Douglas).

Os códigos são essencialmente aparelhos simbólicos. Esta visão aponta para a natureza social do comportamento (Turner).

Novas dimensões são percebidas quando a cultura é contextualizada em sociedades complexas ou heterogêneas. Sahlins coloca que, na sociedade ocidental capitalista, o foco da produção simbólica dá-se ao nível das relações de produção e contrário às sociedades tribais onde o foco estaria nas relações de parentesco. No entanto, demonstra que a produção simbólica e cultural varia em focos e atenções em relação à sociedade e seu momento histórico. Nesta classificação da sociedade, a noção de heterogeneidade é mais cultural e a complexidade seria mais sociológica (Viveiros & Velho).

A distinção entre cultura e ideologia é necessária. A ideologia estaria ligada às relações sociológicas entre grupos sociais específicos, e a cultura à produção simbólica em geral, mas trazendo inúmeras contradições da sociedade (Viveiros & Velho).

A idéia de que sociedade e cultura são dinâmicos, e portanto estão sempre se fazendo, vem de Leach⁷⁴. Os indivíduos concretos interpretam, mudam e criam símbolos e significados, sendo agentes de transformação e mudança da cultura e da sociedade.

As alterações culturais não são resultados da infra-estrutura, mas emprestam sentido e intencionalidade aos processos sociais.

A unidade de análise, limite do código-objeto, é o problema central em um estudo antropológico, assim como o método e a postura diante do objeto colocam importantes questões.

⁷³ EVANS-PRITCHARD, *Concepções Azande sobre bruxarias*.

⁷⁴ E. LEACH, *Political systems of Highland Burma*.

Conforme Lévi-Strauss, perceber o outro é estabelecer a transformação relativa que distancia duas culturas a partir de um mesmo repertório.

A cultura como código, no entanto, sustenta que, a partir das regras para a ação, é possível entender o comportamento de membros de outra cultura. Mas apenas os modelos não são suficientes para viabilizar o diálogo entre representação e prática. A noção de distância entre objeto e pesquisador é problemática (Brandão, Da Matta, Velho).

3.1. O contraste cultural: comparação entre alguns países.

A cultura e o ambiente nestas terras diferem por sua história, composição étnica, religião, clima e muitas outras variáveis. O individualismo e a propriedade individual são dominantes culturalmente nos EUA, enquanto o coletivismo e a ideologia comunista dominam a URSS. A aristocracia e os proprietários rurais ingleses dominam a cena em seu país. O romantismo e a politização da ecologia constituem a cultura francesa. Em Gana e no Japão o peso da tradição é muito forte.

Para um número cada vez maior de temas ambientais, a dificuldade não é identificar o remédio, porque o remédio, tecnologicamente, é geralmente conhecido. Os remédios para a chuva ácida, buraco de ozônio, materiais e resíduos tóxicos, poluição do mar, desertificação e conservação de várias espécies, estão bem estabelecidos. Precisamos de ação efetiva e conjunta⁷⁵.

As raízes dos problemas devem ser encontradas em cada cultura de cada povo e, citando Herman Hesse, *Steppenwolf*, "*toda cultura tem sua característica própria, suas próprias fraquezas e forças, belezas e feiúras*".

Em uma pesquisa feita com estudantes de várias disciplinas acadêmicas em países selecionados do Leste e Oeste, foi solicitado que escrevessem sobre sua cultura racional, relacionada com o ambiente. Os resultados constituem um debate interessante entre a civilização industrializada e o posicionamento do Homem e da Natureza, atualmente em rota de colisão, mas com possibilidade de reconciliação. Atualmente o impacto no ambiente é global, e o impacto das nações industrializadas enorme.

Um interessante artigo de Yasuhiro Murota⁷⁶ situa a problemática ambiental japonesa do ponto de vista cultural. Compara o modo de vida tradicional japonês e sua visão de natureza, apontando as diferenças com a

⁷⁵ Yearn Hong CHOI, editor chefe de *Environmental Management*, vol.9, n°2, p.95.

⁷⁶ Yasuhiro MUROTA, Institute of Policy Sciences, Saitana, University of Japan.

cultura ocidental. O modelo de desenvolvimento industrial japonês é um sucesso mundial, mas resultou, todavia, em sérios problemas, tais como a rápida destruição da natureza, que tem levado o povo a repensar suas idéias tradicionais e a resposta tecnológica. Estes dilemas podem ajudar na solução de problemas ambientais no Ocidente.

Gana, bem como outras nações africanas, é marcada pela pluralidade cultural. Há identidades, mas essa diversidade não significa apenas multiplicidade de terras, mas também diferentes instituições culturais que refletem a cultura de um povo. Resultam da organização social que auxilia um povo a se inserir em um tempo, espaço e espiritualidade⁷⁷. A organização social é que fornece a base para interações com o ambiente e para selecionar demandas a serem impostas ao ambiente (Klausner, 1971). A tradição espiritual nestas comunidades é muito forte, tendo sido destacada por vários autores: Rattay (1923), Dickson (1968), Busia (1954), Lystad (1958) e Tufuo e Donkos (1969). Os espíritos são importantes até para o crescimento das plantas. A terra, a água e os minerais não são propriedade individual, mas coletiva. Todos os objetos têm "forças vivas" e estão em constante interação. Os homens também são parte integrante da Natureza.

Conforme Jefferson e Skinner⁷⁸ *"para a maioria dos africanos a terra é mais do que a origem da riqueza: ela é sagrada. Dá vida ao povo e se acredita que confiança traz o retorno de um tesouro"*. Um manejo ambiental culturalmente aceitável vem de princípios abstratos consonantes com o conhecimento íntimo do ambiente.

Conforme citado por Tymoty O'Riordan⁷⁹, a Inglaterra considera sua uma tradição no manejo da terra, que tem raízes aristocráticas, e nos proprietários de terra do século XVIII e XIX. Enfatiza que as raízes do controle da poluição moderna começam na era industrial vitoriana com a vigilância (*national inspectorates and Commissioners of Sewers*). As raízes desta tradição estão na história social inglesa que foi maciçamente influenciada pela classe, pelo poder e pela mudança do modelo de desenvolvimento agrícola para o industrial. Atualmente, afetada pela recessão na indústria, concentra a atenção nos empregos e nas políticas públicas sociais, acarretando súbitas e profundas mudanças nas áreas responsáveis pela proteção ambiental. O crescimento econômico e social não pode ser desconectado de proteção ambiental e existem limites para a intervenção tecnológica. Ao adentrar o século XXI, a

⁷⁷ Hubert DYASI. *Science education programme for Africa*, in *Environmental Management*, vol.9, n°2, p.98.

⁷⁸ JEFFERSON, e SKINNER, citados por Y.H. CHOI em *Environmental Management*, vol.9, n°2.

⁷⁹ Timothy O'RIORDAN, citado por Y.H. CHOI em *Environmental Management*, vol.9, n°2.

Inglaterra deverá integrar conservação e desenvolvimento com o intuito de garantir a sobrevivência do planeta.

David Alexander⁸⁰ refere que o governo italiano emite sinais iniciais de respostas ao efeito cumulativo da degradação ambiental. As medidas são insuficientes para reverter toda a destruição e decadência que caracterizam as relações Homem-Terra na Itália.

Os habitantes da Itália têm uma rara, longa e variada história na questão ambiental. Conseguiram harmonia combinada com proteção, ou com degradação da Terra. Alexander faz uma analogia utilizando a biologia, com uma relação de simbiose no primeiro caso, ou de parasitismo no segundo. Neste ensaio histórico sobre a relação homem e ambiente, tentou-se um balanço, isto é, se a simbiose vence o parasitismo, ou se a questão ambiental na Itália é mal administrada.

As crenças dos americanos sobre a relação Homem e Natureza foram profundamente afetadas pelas ondas de imigração européia. Os valores dos imigrantes quanto à terra, individualidade, liberdade, domínio da Natureza e desenvolvimento tecnológico, são diferentes. A presença destes temas é forte no paradigma de dominância social. Neste paradigma a elite pretende preservar seu "*status quo*" e os ambientalistas constituem a vanguarda, orientando um paradigma social.

Foram observados por Milbrath⁸¹ conceitos, tais como: amor à natureza ou dominação, compaixão entre povos, gerações futuras e outras espécies, planejamento de riscos, limites do crescimento, mudanças sociais fundamentais e novas estruturas políticas.

No centro do debate está a visão de mundo de um conflito vigoroso entre Homem e Natureza, Amor e Dominação.

A deterioração de velhos esquemas conduz os americanos a novas perspectivas na relação com a natureza.

A União Soviética é uma das mais diversas nações do planeta, tanto física quanto culturalmente. Seu ambiente natural é rico em recursos e ecossistemas, tais como o lago Baikal, de expressão mundial. Culturalmente é composta de cerca de 100 grupos étnicos, pertencentes ao 8º maior grupo lingüístico, e a 6a. maior religião. Duas culturas predominam: a eslava (75% da pop. e 80% de terras) e os povos turcos islâmicos. Segundo Pryde⁸², para identificar a expressão cultural em um manejo ambiental é preciso observar

⁸⁰ David ALEXANDER, *Culture and the environment in Italy*, p.121.

⁸¹ MILBRATH, citado por Y.H. CHOI em *Environmental Management*, vol.9, nº2, p.162.

⁸² PRYDE, citado por Y.H. CHOI em *Environmental Management*, vol.9, nº2.

projetos locais e abordagens de várias regiões étnicas, particularmente os não eslavos.

Na política oficial dos últimos 70 anos, altamente centralizada e doutrinária, foram pouco valorizadas as considerações culturais como guias de política ambiental. Isto não significa que crenças culturais não desempenhem papel importante na temática ambiental, pois os valores tradicionais são determinantes na resolução dos problemas⁸³.

Na França as idéias de proteção ambiental datam de vários séculos, mas o movimento ambientalista toma corpo a partir da segunda metade do século XIX. A influência romântica de Rousseau e outros expoentes na formação de sociedades de proteção às terras francesas não é de se desprezar.

As recentes cruzadas ambientalistas remontam às décadas de 60 e 70. A causa da proteção ambiental entre cientistas e ativistas aumenta as denúncias de degradação ambiental em panfletos e jornais. Conquistas concretas são realizadas, tais como a legislação da qualidade de água.

As organizações ambientalistas crescem numericamente em 1960 com os estudantes jogando um peso importante na consciência ambiental francesa. Na década seguinte, os ativistas mobilizam suas plataformas de maneira política, contra a questão nuclear. Estas associações ambientalistas crescem numericamente na cultura francesa e abarcam questões cada vez mais amplas, tais como as de realidade econômica e das minorias⁸⁴.

4. O subjetivo na natureza e na cultura

As teses tradicionais do marxismo, da ciência ou da psicanálise vêem nos fatos mágico-religiosos uma faceta invertida ou falsa do mundo, mas apenas quando aplicados mecanicamente. Nos países "subdesenvolvidos", e especialmente na América Latina, estas evidências são ainda maiores⁸⁵. Estas premissas não perderam seu valor explicativo, mas sua interpretação não deve esquecer as particularidades dos grupos socio-econômicos e dos homens que neles vivem.

A diversidade de relações sociais e de estados psicológicos individuais (também sempre sociais) são denominadores comuns do valor semântico da

⁸³ PRYDE, citado por Y.H. CHOI em *Environmental Management*, vol.9, nº2, p. 151, 157.

⁸⁴ DUCLOS e SMADJA, citados por Y.H. CHOI em *Environmental Management*, vol.9, nº2, p. 135 e 136.

⁸⁵ Gustavo MARTIN, *Teoría de la magia e de la religion*, *passim*.

cultura. Na busca do concreto ao múltiplo, fugindo da tentação formalista, constata-se uma dimensão além do vivido, que é a dos significados, com seus valores. O reconhecimento desta dimensão do imaginário não implica um subjetivismo individualista⁸⁶. Segundo Maurice Godelier⁸⁷ a divisão entre infraestrutura e superestrutura é mais de função do que de substância, o que corrobora esta linha de raciocínio.

Como também coloca Evans-Pritchard⁸⁸ *"O conceito domina a sensação e impõe sua imagem"*. A representação coletiva do "homem primitivo" é mística, isto é, um objeto é visto igual ao que vemos, mas sua percepção é diferente, pois transforma suas propriedades objetivas.

Lucien Lévy-Brühl⁸⁹ manteve como centro de interesse os sistemas de pensamento dos *"homens primitivos"* e *pretendeu analisar as instituições e as formas de comportamento "nas representações coletivas com que o espírito do primitivo organiza os seres, vivos ou não, e os objetos que os rodeiam. Pois sua própria pessoa não é a seus olhos mais que um destes seres e objetos entre outros"*. Em suas análises utiliza duas categorias: as mentalidades primitivas e as civilizadas.

Ainda com base em Lévy-Brühl⁹⁰ estas diferenças de mentalidade fazem com que seja difícil para o técnico alcançar a objetividade, pois não pode reduzir à causalidade civilizada as interpretações dos fenômenos que ocorrem em sociedades ditas primitivas. São leis causais diferentes, como por exemplo, a denominada participação mística. Idéias de vida e morte, tempo e espaço, significam diferentes conceitos em ambos tipos de mentalidade.

No pensamento de Lévi-Strauss⁹¹ é feita uma oposição de base entre natureza e cultura, pois: *"...ao negar ou subestimar a oposição se fecha a possibilidade de compreender os fenômenos sociais, ao outorgar-lhe seu pleno alcance metodológico se correrá o risco de erigir como mistério insolúvel o problema de passagem entre as duas ordens"*. A proibição do incesto é a síntese desta contradição entre o universal espontâneo (que no homem é representado pela Natureza) e o sujeito, à norma, o relativo e o particular (que pertence ao mundo da cultura).

Com Lévi-Strauss e Freud, o totemismo estabelece uma monologia, ou seja, torna equivalente a lógica entre as diferenças de um

⁸⁶ Mikhaïl BAKHTINE, *Marxisme et la philosophie du langage*. Parafraseamento Alejo Carpentier, isto é o "real maravilhoso".

⁸⁷ Maurice GODELIER, *A parte ideal do real*, p.70-86

⁸⁸ EVANS-PRITCHARD, *Concepções Azande sobre bruxarias*.

⁸⁹ Lucien LÉVY-BRÜHL, *La mentalidad primitiva*, p.25.

⁹⁰ Lucien LÉVY-BRÜHL, *El alma primitiva*, p.7.

⁹¹ Claude LÉVI-STRAUSS, *As estruturas elementares de parentesco*, p.549.

sistema de espécies naturais e um conjunto de grupos sociais (uma homologia entre dois sistemas de diferenças).

No sistema de espécies naturais utilizam-se formas de organização baseadas em categorias e indivíduos, e no sistema cultural, em grupos e pessoas. São dois os modos de existência: o coletivo e o individual. A relação que é feita é metafórica⁹².

Citando novamente Lévi-Strauss⁹³, é bom lembrar trechos que, quando da descrição da eficácia simbólica, estabelecem as semelhanças existentes entre a cura xamanística e a terapia psicanalítica, sendo uma qualificação comum a propriedade indutora que possuem.

Roger Bastide⁹⁴ observa que " *temos podido notar, por exemplo, que a frequência de psicoses e de neuroses tende a elevar-se em grupos aonde o xamanismo foi eliminado, mas onde o xamanismo acontece, aonde já existia, nas situações de aculturação, sem levar a um incremento das doenças mentais ...; da mesma maneira a bruxaria e a neurose constituem uma alternativa na qual um dos termos é, sendo escolhido, e negado; no ponto de podermos antever um passo dessas soluções à outra mediante um sistema de transformações lógicas*".

Bastide propõe algumas diretrizes metodológicas, que se tornaram parâmetros ao longo de seus trabalhos. Destaca, referindo-se ao método comparativo⁹⁵ "...*não há que ter medo de dizê-lo: o método comparativo é e será sempre para o objeto que propomos, o melhor*". Mantém-se, então, fiel a uma tradição durkheimiana.

Para Maurice Godelier⁹⁶ as religiões implicam uma representação social, ou seja "..."*um sistema de práticas, de ritos, de rituais e de magia que tem por finalidade transformar o real em imaginário, que professa sempre a crença de que estas ações e esses ritos são reais e objetivamente eficazes*". Este sentido é semelhante ao descrito em *Pensamento selvagem* de Lévi-Strauss, que acredita no místico ao apresentar resultados tão reais quanto os do pensamento científico.

A compreensão de um signo só é possível através de outros signos, até chegar a decifrar a rede semiótica e material completa. "O conceito é concreto porque é a síntese de múltiplas determinações, portanto, unidade do diverso"⁹⁷

⁹² Gustavo MARTIN, *Teoria de la magia e de la religion*.

⁹³ Claude LÉVI-STRAUSS, *Antropologia estrutural*, p.138.

⁹⁴ Roger BASTIDE, *Sociologie et psychanalyse*, p.221.

⁹⁵ Idem, p.223.

⁹⁶ Maurice GODELIER, *Marxismo, antropologia e religião*, p.51.

⁹⁷ Karl MARX, *Introdução geral à crítica da economia política* in *Teoria marxista del método*, p.37.

A complementariedade entre dois métodos, de tipo Bohr-Heisenbergiana⁹⁸, aplicado ao Marxismo e à psicanálise privilegia certa forma de expressão de afetos e desejos, objetivação de sentimentos, de valor mais cognitivo.

A teoria semiótica, utilizada nos trabalhos de Bakhtine, ao fazer uso das 3 dimensões {a objetiva, o vivido (subjetiva) e a histórica} cria um método de perspectiva mais ampla.

Isto exclui os reducionismos mecânicos, como por exemplo, o que vê na indiferença o papel da atividade psíquica dos indivíduos na sociedade.

Conforme citado por Bakhtine⁹⁹, *"a 'ideologia do cotidiano' constitui um verdadeiro saber científico e técnico (curandeiros substituindo médicos e ritos de possessão que são verdadeiras terapias psicanalistas)"*.

O pronunciamento da então Prefeita Luiza Erundina, em 16.07.91, durante o Encontro das Cinco Cidades, ao comentar os resultados de pesquisas da problemática ambiental, é bastante elucidativo: *"as pessoas pesquisadas pensam, como nós, que os problemas ambientais de São Paulo são problemas sociais. Elas quase não falaram da escassez de verde na cidade, da poluição do ar, dos problemas ambientais. De que elas falaram? Falaram da falta de habitação, das favelas, dos cortiços, da água sem tratamento, da falta de transporte coletivo adequado. Elas falaram de problemas que são problemas ambientais, mas com caráter nitidamente social e com causas estruturais que eu não vi aparecerem nos relatos aqui expostos"*.

Conforme declaração no encontro preparatório para a palestra Rio/92 e a Miséria Urbana¹⁰⁰, a Exma. Sra. Ex-Prefeita de São Paulo declarou que:

"Infelizmente, países como o Brasil adotam políticas que desconsideram os seres humanos, preocupando-se apenas com o lucro. Políticas predatórias, responsáveis pela drenagem de boa parte dos recursos disponíveis para uma minoria privilegiada ou para pagamento de dívidas externas, o que diminui ainda mais as possibilidades de se produzir justiça social e qualidade de vida, enfrentando o desequilíbrio ecológico".

O conceito de cultura, na interpretação mais atual de Geertz¹⁰¹, é essencialmente semiótico. Também diz, em concordância com Weber, que o homem *"é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu, assumiu a cultura como sendo essas teias e a sua análise; portanto, não como*

⁹⁸ Citado por Georges DEVEREUX em *Etno-psicoanálise complementarista*, p.18.

⁹⁹ Mikhail BAKHTINE, *Marxisme et la philosophie du langage*, p. 49.

¹⁰⁰ Jornal O Globo, Rio de Janeiro, 14.01.92.

¹⁰¹ Clifford GEERTZ, *A interpretação das culturas*, p.15.

uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa, à procura do significado".

Mais adiante, ao falar de dogmas metodológicos, diz que *"se você quer compreender o que é a ciência, você deve olhar, em primeiro lugar, não para suas teorias e descobertas, e certamente não para o que seus apologistas dizem sobre ele; você deve ver que os praticantes da ciência fazem".*

A análise é, portanto, escolher entre estruturas de significação, o que Ryle chamou de códigos estabelecidos¹⁰²

A cultura está localizada na mente e no coração dos homens¹⁰³.

*"A cultura é pública porque o significado o é", e então "compreender a cultura de um povo expõe a sua normalidade sem reduzir a sua particularidade"*¹⁰⁴.

Como receita, Geertz¹⁰⁵ coloca que *"deve atentar-se para o comportamento, e com exatidão, pois é através do fluxo do comportamento - ou mais precisamente, da ação social - que as formas culturais encontram articulação".*

Mais adiante¹⁰⁶ chama a atenção dos iniciantes de *"que nada contribui mais para desacreditar a análise cultural do que a construção de representações impecáveis de ordem formal, em cuja existência verdadeira praticamente ninguém pode acreditar."*

*"A grande variação material de formas culturais é, sem dúvida, não apenas o grande (e desperdiçado) recurso da antropologia, mas o terreno do seu mais profundo dilema teórico: de que maneira tal variação pode enquadrar-se com a unidade biológica da espécie humana?"*¹⁰⁷.

Vale, portanto, uma ressalva a priori de Geertz¹⁰⁸: *"a análise cultural é intrinsicamente incompleta e, o que é pior, quanto mais profunda, menos completa".*

Nas ciências sociais, podemos observar dois pólos opostos: o relativismo cultural e a evolução cultural. Na tentativa de evitar os extremos polares, devemos, segundo Geertz¹⁰⁹, *"procurar nos próprios padrões culturais os elementos definidores de uma existência humana, embora não constante na expressão, e ainda diferente no caráter".*

¹⁰² *Idem*, p.10.

¹⁰³ Ward GOODENOUGH, *Explorations in cultural anthropology*, p.21 e 24.

¹⁰⁴ Clifford GEERTZ, *A interpretação das culturas*, p.20.

¹⁰⁵ *Idem*, p.27.

¹⁰⁶ *Idem*, p.28.

¹⁰⁷ *Idem*, p.33.

¹⁰⁸ *Idem*, p.39.

¹⁰⁹ *Idem*, p.49.

Em uma perspectiva histórica, a pesquisa concreta e a análise específica, sob uma ótica iluminista, fez *"uma caçada na cultura por uniformidades empíricas em face da diversidade de costumes no mundo e no tempo"*. Tenta-se, ainda, *"relacionar tais constantes universais com as constantes estabelecidas na biologia, psicologia e organização social humana"* (Malinowski, Murdock, Kluckhohn, Geertz).

O homem *"não pode ser definido nem apenas por suas habilidades inatas como fazia o iluminismo, nem apenas por seu comportamento real, como faz grande parte da ciência social contemporânea, mas sim pelo elo entre eles"*¹¹⁰.

A discussão de Durkheim sobre a natureza do sagrado, a metodologia de Weber, o paralelo de Freud entre rituais pessoais e coletivos, e Malinowski falando da diferença entre religião e senso comum são aportes utilizados, posto que o sagrado é bastante presente no inconsciente coletivo no processo de saúde e doença (Jung, Lévi-Strauss, Laplatine).

O paradigma proposto por Geertz¹¹¹ seria o que coloca que *"os símbolos sagrados funcionam para sintetizar o ethos de um povo - o tom, o caráter e a qualidade da sua vida, seu estilo e disposições morais e estéticas - e sua visão de mundo"*.

Os padrões culturais são modelos, conjuntos e símbolos cujas relações, uns com os outros, modelam as relações entre as entidades, os processos ou o que quer que seja, nos sistemas físico, orgânico, social ou psicológico *"fazendo paralelos, limitando ou estimulando-os"* (Geertz).

No paradoxo de Mannheim são levantadas questões, tais como a objetividade da análise sociológica e *"então, em que lugar, se é que existe algum, cessa a ideologia e começa a ciência - eis o Enigma da Esfinge de grande parte do pensamento sociológico moderno"* (citado por Geertz). Para Mannheim, o conceito de ideologia está sempre ligado à situação de vida do pensador.

"Os padrões culturais - religioso, filosófico, estético, científico, ideológico - são 'programas': eles fornecem um gabarito ou diagrama para a organização dos processos sociais e psicológicos, de forma semelhante aos sistemas genéticos que fornecem tal gabarito para a organização dos processos orgânicos" (Parsons¹¹² e Geertz).

¹¹⁰ *Idem*, p.64.

¹¹¹ *Idem*, p.103.

¹¹² PARSONS e SHILS, *Toward a general theory of action*, *passim*.

Geertz¹¹³ coloca que *"a ciência é a dimensão de diagnóstico, de crítica e de cultura"*. Outra afirmação sua é que *"uma das coisas que quase todo mundo conhece, mas não sabe muito bem como demonstrar é que a política de um país reflete o modelo de sua cultura"*.

A definição de cultura tem vários componentes-chave e refere-se às crenças e percepções, valores e normas, costumes e conhecimento de um grupo ou sociedade¹¹⁴. Inclui o que a sociedade acredita como correto para o mundo, sua vida e seu ambiente, inclusive seus valores. Portanto, cognição, percepção, valor e modos de apropriação do saber constituem características implícitas no conceito de cultura.

A questão a ser colocada é: como os diferentes aspectos da cultura afetam e são afetados pelo meio ambiente através de uma análise comparativa transcultural como veículo do aprendizado?

O meio ambiente tem várias dimensões. Também no urbanismo, na sociologia, geografia, antropologia; costuma ser imediatamente subdividido em urbano e rural ou, em outros termos, natural e construído. A escala também deve ser definida, pois, no caso de ambiente construído, pode-se falar de uma cozinha de um edifício, ou de uma cidade.

Estamos particularmente interessados em como pensar em culturas diferentes, similaridades e maneiras diversas em relação ao ambiente físico, e como relatam a percepção, cognição, atitude e valores relativos a ambiente e saúde.

A relação entre cultura e ambiente não é um novo tópico de estudo; tem sido vista em diversas disciplinas das ciências sociais e do conhecimento.

Como exemplo, temos cientistas políticos na geopolítica, concentrados no estudo de processos políticos e fatores geográfico-culturais. Ecologistas, ao examinarem a migração, também enfocam esta relação. Arqueólogos e antropólogos interessam-se pelo modo segundo o qual povos de culturas diferentes constroem suas casas, comunidades e cidades, em relação às variáveis culturais e ambientais. (Vayda¹¹⁵, Berry¹¹⁶, Whiting¹¹⁷, Leeds¹¹⁸, Turnbull¹¹⁹, Murdock¹²⁰). Esta visão da ecologia cultural, no entanto, é determinística e linear.

¹¹³ Clifford GEERTZ, *A interpretação das culturas*.

¹¹⁴ Irwin ALTMAN and Martin CHEMERS, *Culture and environment*, p.3.

¹¹⁵ A.R. VAYDA, *Environment and cultural behavior*, 1969.

¹¹⁶ J.W. BERRY, *An ecological approach to cross-cultural psychology*, 1975.

J.W. BERRY, *Ecology of cognitive style: comparative studies in cultural and psychological adaptation*, 1976.

¹¹⁷ J.K.M. WHITING, *Effects of climate on certain cultural processes*, 1964.

¹¹⁸ A. LEEDS, *Ecological determinants of chieftainship among the Yaruro Indians of Venezuela*, 1969.

Berry¹²¹ propôs uma interdependência cultural entre os fatores ambientais e culturais, um ecossistema interdependente, bastante complexo e no qual é raro lograr o estabelecimento de relações de causa e efeito. Altman desenvolveu um esquema destas interconexões.

Estas variáveis são intercausais e interdependentes. Este sistema de abordagem também depende, em sua utilização, de interesse específico de cada investigador¹²².

Tem sido premissa básica do trabalho, a orientação entre cultura, saúde e ambiente, como sistema integrado e interdependente, onde cada parte é necessária para o conhecimento do todo, sendo afetado de várias e complexas maneiras, o que significa que constitui uma artifício isolar cada componente, uma vez que formam simultaneamente uma unidade¹²³.

Kluckhohn¹²⁴ classificou a relação homem e natureza nas diversas situações, onde na situação,

1. O povo é subjugado pela natureza, estando à mercê de sua força.
2. O povo domina a natureza: explora e controla o ambiente.
3. O povo faz parte da natureza, como rios, árvores, animais, tentando viver em harmonia com o meio ambiente.

Um exemplo típico, no caso 1, são populações que vivem em regiões com desastres naturais constantes, tais como Los Angeles, Itália, Ilhas do Pacífico Sul, ou Guatemala. Outro exemplo seria a floresta, como personificado no *Diabo na Idade Média*, de Nash¹²⁵. Na imaginária era judia-cristã, também é forte a passagem dos judeus pelo deserto, guiados por Deus. Os exemplos parecem historicamente ultrapassados, mas muitas destas concepções persistem até hoje, em nossos caipiras.

A segunda categoria é diametralmente oposta (Ittelson¹²⁶, Kluckhohn¹²⁷, Nash¹²⁸, Yuan¹²⁹). O homem é separado da natureza e superior

¹¹⁹ C.M. TURNBULL, *The forest people: a study of the Pygmies of the Congo*, 1961.

¹²⁰ S.P. MURDOCK, *Correlations of exploitive patterns*, 1969.

¹²¹ J.W.BERRY, *An ecological approach to cross-cultural and psychological adaptation*, 1976.

¹²² A.P. VAYDA, *Environment and cultural behavior*, p.377-394.

¹²³ Irwin ALTMAN and Martin CHEMERS, *Culture and environment*.

¹²⁴ F.R. KLUCKHORN, *Dominant and variant value orientations* in C. Kluckhohn, H.A. Murray & D.M. Schneider, *Personality in nature, society and culture*.

¹²⁵ R. NASH, *Wilderness and the American mind*.

¹²⁶ W.H. ITTELSON, H.M. PROSHANSKY, L.G. RIVLIN, G.H. WINKEL, *Introduction to environmental psychology*.

¹²⁷ F.R. KLUCKHOHN, *Dominant and variant value orientation*, in C. Kluckhohn, H.A. Murray & D.M. Schneider, *Personality in nature, society, and culture*.

¹²⁸ R. NASH, *Wilderness and the American mind*.

¹²⁹ Yi-fu YUAN, *Space and place: the perspective of experience*.

.....*Idem*, *Man and nature*.

Idem, *Topophilia: a study of environmental perception, attitude and values*.

a ela. É a visão predominante na cultura ocidental e pode ser percebida em várias tarefas da vida, como produção alimentar, uso de recursos naturais, uso de terra, exploração do planeta (discurso do índio Seattle demonstra bem esta visão Índio X Americanos¹³⁰). A Revolução Verde, com suas toneladas de alimentos produzidos às custas de pesticidas e fertilizantes, demonstra bem este fato. Constitui uma visão de "mundo de conquistas a serem feitas".

Esta visão de mundo parece originar-se da combinação da visão judaico-cristã (civilização ocidental) e das revoluções industrial e científica. A visão judaico-cristã e os valores da civilização ocidental têm uma linearidade em seu modo de apreender a vida. Em sua origem, o texto da Bíblia é claro: "no início Deus criou o céu e a terra".

A terceira categoria, que prevaleceu em algumas culturas, situa o homem como parte intrínseca da natureza. Os gregos, a despeito de certas características que os colocaram dependentes da natureza, têm uma unidade harmônica. As civilizações orientais também pensam assim, e que a natureza é sagrada e não deve ser explorada pelo homem. Alguns povos africanos e da América (índios), também ajudam a estabelecer este paradigma.

A visão ambientalista mais prevalecente tem este ponto de vista com relação à harmonia entre Homem e Natureza. Algumas culturas, especialmente as de tecnologia mais complexa, convivem com estas três perspectivas de mundo.

Durante a análise da relação cultura x ambiente x saúde, situa-se como pano de fundo uma teia de idéias desenvolvidas por Yuan, e que Altman¹³¹ apresentaria graficamente.

Há alguns lugares no ambiente físico (montanhas, mar, ilhas e vales), que têm despertado, ao longo da história, um sentimento positivo ou negativo (Yuan). No caso Guarani, este sentimento constitui sua relação com a Serra do Mar (morar na montanha e olhar o mar).

Altman¹³², percorrendo sobre sua perspectiva de análise na questão ambiental, diz que: *"Along with a multidisciplinary orientation, it is valuable to adopt a comparative, or cross-cultural, perspective. First, such an approach increases the likelihood of a proper balance of ethnic and etic orientations"* (juntamente com uma orientação interdisciplinar, é de valor

¹³⁰ *Tudo quanto agride a terra, agride os filhos da terra*. Documento divulgado pela Organização das Nações Unidas, carta

escrita em 1854 pelo chefe Seattle ao presidente dos EUA, Franklin Pierce, quando este propôs comprar as terras de sua

tribo, concedendo-lhe uma outra "reserva".

¹³¹ Irwin ALTMAN and Martin CHEMERS, *Culture and environment*, p.26-27.

¹³² *Idem*, p.311.

considerável adotar-se uma perspectiva comparativa, ou intercultural. Em primeiro lugar, tal enfoque aumenta a probabilidade de um equilíbrio adequado de orientações étnicas e éticas). Mais adiante, complementa que *"the dialectic style of thinking helped our analysis because it is compatible with the idea of culture/environment relations as involving the interplay of a variety of forces because it assumes that culture/environment relations are in a continual process of growth, change and evolution"* (o estilo dialético de pensamento auxiliou em nossa análise, uma vez que é compatível com a idéia de que as relações cultura/ambiente envolvem a ação recíproca de várias forças, e porque assume que as relações cultura/ambiente estão em contínuo processo de crescimento, mutação e evolução).

5. Epidemiologia

Os problemas de construção do processo de investigação podem se referir a três terrenos:

1. O da experiência de grupos populacionais diversos, onde aparecem como temática recorrente a relação sujeito x objeto, e também o subjetivo x o objetivo, no processo.

2. O da articulação entre as distintas disciplinas e seus instrumentos de investigação. Aqui se coloca a interdisciplinaridade (confluência de disciplinas sobre um objeto de estudo) versus a transdisciplinaridade (constituição de um corpo metodológico em função de teorização e um objeto científico específico). Nesta articulação surge outro aspecto: o lugar do quantitativo e do qualitativo nos métodos.

3. O das possíveis soluções e/ou problemas práticos da investigação, no contexto do conceito de sua realização prática.

A articulação de diversas disciplinas, métodos e objetos de conhecimento voltados ao estudo da vida humana na sociedade, e sua relação com o meio ambiente, situa a Ciência Ambiental *"na encruzilhada de várias ciências"*, parafraseando Canguilhem¹³³, desencadeando desafios importantes.

O Prof. Pedro Castellanos¹³⁴ relaciona as mudanças conceituais da ciência com a natureza e a saúde, e inicia citando Prigogine:

"Estamos próximos al fin de la ruptura que hace de la Ciencia un cuerpo extraño, que le dá la apariencia de una fatalidad a asumir o de una amenaza a combatir. Una nueva forma abierta y compleja, mas dialéctica, de

¹³³ CANGUILHEM, 1966.

¹³⁴ Pedro Luis CASTELLANOS, *Avances metodologicos en Epidemiologia*, p.214 e 215.

comprender la naturaleza y el hombre y sus producciones, se avista en el panorama. No están cerradas las puertas a nuevos reduccionismos, pero en todas las ciencias, un nuevo paradigma se abre paso con vigor, entre las fisuras de un modelo incapaz de considerar lo cualitativo, la emergencia de formas novedosas en la naturaleza.

Las Matemáticas de lo descontínuo y la de los objetos fractales, descritos en los espacios de dimensiones fraccionarias, la Física cuántica, los estudios de Thom acerca de la embriogénesis de los seres vivos, los aportes de Piaget en Biología y Psicología, la reinterpretación de la teoría avolucionista con los aportes de Cordón, los de Simon sobre las Ciencias de lo artificial y los mejores desarrollos de la Teoría General de Sistemas, cuestionan en profundidad la imagen de un universo geometrizado, vacío de cualidades. Una epistemología que apunta al estudio de la totalidades y de los procesos globales, donde lo contínuo y simétrico son mas la excepción dentro de una realidad repleta de formas y estructuras complejas.

La Epidemiología ha permanecido durante mucho tiempo prisionera de concepciones reduccionistas y mecanicistas. Si ha de jugar un papel destacado en la transformación de la situación de salud de nuestras poblaciones, ha de recuperar críticamente los importantes desarrollos de la Ciencia de nuestros días y dejar de beber en los manantiales de los desarrollos conceptuales mas empobrecedores" (Estamos próximos do fim da ruptura que faz da ciência um corpo estranho, dando-lhe uma aparência de uma fatalidade a assumir, ou de uma ameaça a combater. Uma nova forma aberta e complexa, porém dialética, de compreender a natureza e o homem e suas produções, avista-se no panorama. As portas de novos reduccionismos não estão fechadas, mas em todas as ciências, um novo paradigma desabrocha com vigor, entre as irregularidades de um modelo incapaz de considerar o qualitativo, o surgimento de formas inovadoras na natureza.

As matemáticas do descontínuo e a dos objetos fractais, descritos em espaços de dimensões fracionárias, a física quântica, os estudos de Thom acerca da embriogênese dos seres vivos, as contribuições de Piaget para a biologia e a psicologia, a reinterpretção da teoria evolucionista com as contribuições de Cordón, as de Simon sobre as ciências do artificial e os melhores progressos da teoria geral de sistemas, questionam com profundidade a imagem de um universo geométrico, vazio de qualidades. Uma epistemologia que aponta para o estudo das totalidades e dos processos globais, onde o contínuo e simétrico são, no entanto, a exceção dentro de uma realidade repleta de formas e estruturas complexas.

A epidemiologia permaneceu durante muito tempo prisioneira de concepções reducionistas e mecanicistas. Caso se julgue um papel destacado na transformação da situação de saúde de nossas populações, têm-se de superar essas barreiras e enfrentar com vigor a tarefa de recuperar criticamente os importantes progressos da ciência de nossos dias e deixar de beber nos mananciais dos progressos conceituais mais empobrecedores).

A característica da interdisciplinaridade também é muito marcante na Ciência Epidemiológica¹³⁵. No entanto, a perspectiva tradicional tende a analisar a mudança no paradigma epidemiológico sob uma ótica que se restringe à doença. Observa apenas a transição da Epidemiologia pré-moderna para a moderna como mudança no cardápio de doenças, de agudas e infecciosas para crônicas não-infecciosas. Esta visão restrita identifica como avanços, a utilização da informática valorizando a técnica per si. O reinado dos métodos quantitativos, com o uso acrítico do instrumento, desvinculado da questão social e da dimensão biológica, constitui o resultado desta postura.

Citando o Prof Mario Chaves¹³⁶: *"Por um lado a disciplina, como um 'corpo específico' de conhecimento ensinável, com seu próprio acervo de educação, treinamento, procedimentos, métodos e área de conteúdo, é considerada uma necessidade para o avanço da ciência para a catalogação dos conhecimentos e para a estruturação universitária. Por outro lado, o Mundo real teima em apresentar seus problemas fundamentais em forma anárquica, multidimensional, exigindo entrelaçamento das disciplinas"*.

Citando o Prof. Arnaldo de A.F. Siqueira¹³⁷: *"...a sociedade tem problemas e a Universidade tem departamentos"*.

Os desafios que se colocam são de natureza epistemológica e metodológica, que viabilizam a construção de um novo paradigma. Este processo impõe o aprofundamento da interdisciplinaridade e seu diálogo permanente com a sociedade.

A determinação e causalidade, de natureza epistemológica, nos remetem à filosofia das ciências no sentido de identificar impasses e formas concretas de articulação entre a teoria e a prática. As questões metodológicas buscam a mediação entre categorias gerais e biológicas, tais como classe social x doenças.

¹³⁵ Cristina POSSAS, *Perspectivas para a Ciência Epidemiológica numa abordagem interdisciplinar*- Fiocruz.

¹³⁶ Mario CHAVES, *Saúde, uma estratégia de mudança*, p.

¹³⁷ Texto com considerações sobre o processo de reformulação dos cursos de especialização e mestrado da Faculdade de Saúde Pública, 1991, mimeo.

Na perspectiva epidemiológica, as questões epistemológicas apresentam três linhas predominantes: a corrente neopositivista, a corrente ecológica (Susser e Cassel) e a corrente do materialismo histórico.

A corrente ecológica e a neopositivista originam-se nas teorias da multicausalidade, embora com enfoques distintos. A visão convencional neopositivista de Mac Mahon e Pugh (1975) e Leavell e Clark (1978) tem base no modelo de história natural da doença. A outra visão (modelo ecológico), mais elaborada e de superação do raciocínio multicausal proposta por Susser (1973), baseia-se em uma crítica da lógica indutiva.

Mac Mahon e Pugh definem causalidade a partir de associação entre fenômenos. São sistemas distintos, interconectados por cadeias lineares de causalidade, empiricamente observados.

No modelo de Leavel e Clark, a relação estabelecida entre três elementos define o processo saúde-doença. Segundo Arouca, neste modelo o ambiente é considerado como uma combinação homogênea e mecânica entre os níveis físico-químico, biológico e social.

Susser desenvolve de forma mais complexa a multicausalidade, em uma construção de modelos ecológicos, operando na determinação de relações entre possíveis variáveis de agentes, hospedes e ambientes. O social e o individual são níveis organizativos diferentes de realidade.

A fórmula positivista recusa a lógica indutiva, conforme Comte (Curso de Filosofia Positiva 1830-42), e a ciência deve renunciar a penetrar na essência das coisas (Possas e Madel).

Segundo Lowyi (1975), o positivismo se fundamenta na assimilação do social ao material e na compreensão do social como regido por leis naturais, invariáveis e independentes da vontade humana.

Canguilhem¹³⁸ faz uma revisão crítica da tese positivista, de Comte e Claude Bernard, de uma identidade entre fenômenos patológicos e fenômenos normais, que apresentaram variações apenas quantitativas. Defende uma posição de compreensão totalizadora, vitalista e antimecanicista: *"...o normal e o anormal são determinados não tanto pelo encontro de duas séries causais, independentes - o organismo e o meio - mas sobretudo pela quantidade de energia de que o agente orgânico dispõe para delimitar e estruturar este campo de experiência e de empreendimentos a que chamamos nosso meio. Mas perguntar-se-á - como acharíamos a medida desta quantidade de energia? Essa medida deve ser procurada apenas na história de cada um de nós".*

¹³⁸ Georges CANGUILHEM, *Ideologie et rationalité dans les sciences de la vie.*

Também foi importante sua contribuição de retomar a dimensão histórica do corpo como objeto da prática médica (Donnangelo).

Berlinguer¹³⁹ (1978) mostra que *"somente dominando a sociedade é possível controlar as forças da natureza, combater aquele primário fator patógeno que é o capital, aumentar a quantidade e melhorar a qualidade de vida"*.

Possas¹⁴⁰ coloca que o cerne da crítica à corrente marxista seria o fato de que, nela, o social tem seu conteúdo esvaziado, sendo apenas referido. Ressalta, ainda, que na Arqueologia de Foucault - *"a análise das transformações do discurso a respeito da saúde e da doença na evolução das sociedades capitalistas é fundamental para o entendimento das diferenças entre distintas posturas metodológicas em Epidemiologia, associadas ao estruturalismo e ao método dialético do materialismo histórico"*.

A concepção de determinação de Bunge é importante na Epidemiologia (Rodrigues da Silva, Almeida Filho e Cristina Possas). Assemelha-se à visão marxista de causalidade pela hierarquia dos níveis de determinação, de abstratos ou gerais até os concretos ou específicos (Marx 1857).

Bunge, com sua teoria da determinação, desenvolve as categorias de objeto, modelo e representação como fundamentos do processo teórico da ciência. Nesta, o espectro da causalidade na ciência moderna abrange as seguintes categorias de determinação:

- a) Auto determinação quantitativa: do conseqüente pelo antecedente;
- b) Determinação causal ou causação: do efeito pela causa eficiente
- c) Interação ou causação recíproca por ação mútua;
- d) Determinação mecânica: pela adição de causas eficientes e ações mútuas;
- e) Determinação estatística: pela função conjunta de variáveis independentes ou semi-independentes no interior de um modelo matemático;
- f) Determinação estrutural: das partes pelo todo e vice-versa;
- g) Determinação teleológica: dos meios pelos fins;
- h) Determinação dialética: *"da totalidade do processo, pela luta interna e pela eventual síntese subseqüente dos seus componentes essenciais opostos"* (Bunge, 1969).

¹³⁹ Giovanni BERLINGUER, *Medicina e Política*.

¹⁴⁰ Cristina POSSAS, *Perspectivas para a Ciência Epidemiológica numa abordagem interdisciplinar*.

A ontologia versus gnoseologia, como essência do conhecimento científico, tem sido tratada por Kant, Hume, Hegel, Marx e Habermas.

Thomas Kuhn, com a teoria das revoluções científicas, identifica 3 sentidos em paradigma:

1. Padrão de referência ou modelo a ser seguido.
2. Paradigma como ferramenta de abstração ou instrumento para o pensamento. O paradigma *"é um objeto para posterior articulação e especificação"*. Um paradigma científico só mantém sua natureza se puder continuar a ser desconstruído.
3. Como visão de mundo, *"o paradigma é o que os membros de uma comunidade científica compartilham"*.

Quanto à forma, são matrizes disciplinares e, então, uma estrutura de pensamento. Seus conteúdos podem ser de 3 ordens:

1. Generalizações simbólicas, assertivas que parecem leis (Bunge). Um paradigma generalizador proponente de objetos ontológicos.
2. A função de incorporar a metafísica na ciência, com crenças e julgamentos da praxis (metáforas, analogias).
3. Caráter institucional de paradigma. Centros de pesquisas, Departamentos, Núcleos Acadêmicos, Associações...

Em um contexto de discussão de linhas de investigação em saúde coletiva, Possas¹⁴¹ observa que *"há que se compreender a teoria em sua unidade com a prática, mas uma unidade do diverso, o que implica compreendê-las simultaneamente em sua separação, o que só se torna possível como projeto através da reflexão, do pensar sobre o pensamento dele distinguindo-se para nele fundir-se"*.

5.1. O conceito de complexidade: necessidade e possibilidade de redução

A situação de saúde de um grupo populacional suscita problemas complexos para a investigação científica. Esta situação traduz as condições de vida deste grupo, sua forma de inserção no processo de reprodução social, um dado momento histórico e determinadas condições naturais.

Segundo Breilh¹⁴² :

"Por otra parte, la situación de salud de un grupo de población incluye, en cualquier momento, fenómenos que se evidencian como diferencias

¹⁴¹ Cristina POSSAS, *Epidemiologia e Sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil*.

¹⁴² J. BREILH, *LA Epidemiologia entre fuegos*.

(variaciones) en la frecuencia o intensidad a nivel de individuos; fenómenos que se evidencian como diferencias entre grupos, y fenómenos que se evidencian como diferencias entre formaciones sociales. Así por ejemplo, al abordar la situación de salud de una ciudad de hoy, encontraremos que algunos individuos dentro de él se enferman con mayor frecuencia que otros, o han presentado cuadros de mayor gravedad, o simplemente, algunos están enfermos y otros no. Al mismo tiempo observaremos que un grupo marginal urbano tiene un perfil de problemas que es diferente al que encontramos en otros grupos de población en el mismo momento; tendrá por ejemplo, una mayor tasa de mortalidad infantil, o un menor grado de organización. Y al mismo tiempo, observaremos que algunos problemas han perdido vigencia y otros se han acrecentado, al producirse cambios significativos en la sociedad, por ejemplo al transformarse de predominantemente agroexportadora e importadora de bienes elaborados a productora y exportadora de bienes industriales" (De outro lado, a situação da saúde em um grupo da população inclui, em qualquer momento, fenômenos que se evidenciam como diferenças (variações) na frequência ou intensidade a nível de indivíduos: fenômenos que se evidenciam como diferenças entre grupos, e fenômenos que se evidenciam como diferenças entre formações sociais. Assim, por exemplo, ao abordar a situação de saúde de uma cidade dos dias de hoje, encontraremos que alguns indivíduos dentro dela adoecem com mais frequência que outros, ou apresentam quadros de maior gravidade ou, simplesmente, alguns estão doentes e outros não. Ao mesmo tempo, observamos que um grupo marginal urbano apresenta um perfil de problemas que é diferente do que encontramos em outros grupos da população no mesmo momento; haverá, por exemplo, uma maior taxa de mortalidade infantil, ou um menor grau de organização e, ao mesmo tempo, observaremos que alguns problemas não existem mais e outros aumentaram, ao produzirem-se mudanças significativas na sociedade, como por exemplo, ao transformar-se de predominantemente agroexportadora e importadora de bens fabricados, a produtora e exportadora de bens industrializados).

Tem sido uma preocupação relevante para numerosos cientistas a abordagem de problemas complexos pela investigação científica, sem sacrificar a riqueza dos processos. Segundo Bertalanffy¹⁴³ , *"a segunda máxima do Discurso do Método de Descartes era fragmentar todo o problema em tantos elementos simples e separados como seja possível"*. Galileu formulou, como método resolutivo, que tem sido o paradigma conceitual da ciência, o enfoque

¹⁴³ Ludwig Von BERTALANFFY, ASHBY, W.R. e outros, Tendencias actuales de la Teoria de Sistemas.

de: reduzir e resolver os fenômenos complexos, a partes e processos elementares.

Castellanos¹⁴⁴ observa que:

"Este método daba excelentes resultados cuando los hechos observados podían dividirse en cadenas causales aisladas, es decir, en relaciones entre dos o pocas variables; pero demostró toda su incapacidad cuando se trató de abordar problemas con muchas variables o con interacciones complejas, desde el mas simple de los sistemas, el del protón-electrón en el Hidrógeno, hasta la organización de los seres vivos y mas aún, los procesos sociales. La ciencia no estaba preparada para abordar problemas de complejidad organizada esto es, de la interrelación entre un número grande, aunque finito, de componentes de diferente caracter, cuya totalidad se expresa en la emergencia de procesos nuevos que no estan presentes en sus componentes. La ciencia positiva no estaba preparada para enfrentar el viejo aserto Aristotélico de que el todo es mas que sus partes, hasta que pudo desarrollar el concepto de estructura compleja.

La expresión en Epidemiologia de aquellas ideas reduccionistas fueron el monocausalismo y el pluricausalismo, con sus mas recientes variantes de factores de riesgo y de estilo de vida. Mucho del conocimiento epidemiológico acumulado ha sido producido con este paradigma resolutivo. No cabe duda de su utilidad cuando se trata de abordar problemas planteados como la relación entre una o varias "causas" y un efecto de salud. Por ejemplo, la relación entre Cancer de pulmón y hábito de fumar; o entre un determinado estilo de vida, definido por dos o cuatro variables de riesgo, y la cardiopata isquémica coronaria. Sin embargo, resulta francamente inadecuado para abordar el problema de la situación de salud de un grupo de población y su relación con las condiciones de vida" (Este método dava excelentes resultados quando as ações observadas podiam dividir-se em cadeias causais isoladas, ou seja, em relações entre dois ou poucas variáveis; no entanto demonstrou toda sua incapacidade quando tratou-se de abordar problemas com muitas variáveis e com interações complexas, desde o mais simples dos sistemas, o do próton-elétron no Hidrogênio, até a organização dos seres vivos e, mais ainda, os processos sociais. A ciência não estava preparada para abordar problemas de complexidade organizada, isto é, de interrelação entre um número grande, ainda que finito, de componentes de caráter diferente, cuja totalidade se expressa no surgimento de processos novos que não estão presentes em seus componentes. A ciência positiva não estava preparada para enfrentar a velha

¹⁴⁴ Pedro Luís CASTELLANOS, Avances metodologicos en Epidemiologia, p.205 e 206.

asserção Aristotélica de que o todo constitui mais que suas partes, até que possa desenvolver o conceito de estrutura completa.

A expressão na Epidemiologia daquelas idéias reducionistas foram o monocausalismo e o pluricausalismo, com suas mais recentes variantes de fatores de risco e de estilo de vida. Muito do conhecimento epidemiológico acumulado tem sido produzido com este paradigma resolutivo. Não resta dúvida de sua utilidade, quando se trata de abordar problemas estabelecidos, como a relação entre uma ou várias "causas" e um efeito de saúde. Por exemplo, a relação entre o câncer de pulmão e o hábito de fumar; entre um determinado estilo de vida, determinado por duas ou quatro variáveis e risco, e a cardiopatia isquêmica coronária. Não obstante, o problema da situação de saúde de um grupo da população e sua relação com as condições de vida se torna francamente inadequado para ser abordado).

Castellanos observa que, na tentativa de utilizar um paradigma reducionista no estudo da situação de saúde, *"tropezamos con el empobrecimiento del objeto de estudio, con la irremediable pérdida de la posibilidad de estudiar los fenómenos que son peculiares del grupo"* (tropeçamos com o empobrecimento do objeto de estudo, com a perda irremediável da possibilidade de estudar os fenômenos que são peculiares ao grupo).

"La epidemiología se enfrenta así ante una dificultad similar a la que tuvo que superar la Física cuando la cibernética tuvo que desafiar y superar la concepción mecanicista de que el universo se basa sobre la acción al azar de partículas anónimas, e insistió sobre la búsqueda de nuevos planteamientos, de conceptos mas comprensivos y de métodos capaces de manejar grandes cantidades de organismos e identidades. El desarrollo de la Teoría de los sistemas abiertos y dinámicos.

Hegel habia hecho aportes fundamentales al desarrollar los conceptos de abstrato y de concreto. Este último entendido como unidad de lo diverso, como totalidad construída, descubierta, a partir del estudio de lo abstracto, de lo inmediato, aparente, de sus partes, lo indeterminado. Proceso en el cual se establecen progresivamente las determinaciones del objeto, su estructura, sus relaciones y los procesos que le dan origen. De esta forma cada punto en el camino de conocer el objeto, es un grado de conocimiento que a su vez será base para continuar avanzando y producir conocimientos que redefinirán los anteriores y así progresivamente. Este avance progresivo de lo simple a lo complejo, de lo abstracto a lo concreto que se va contruyendo, fué ampliamente desarrollado por Marx como método de la economía política,

denominándolo método de ascenso de lo abstracto a lo concreto, permitiéndole descubrir la mercancía como categoría básica para el conocimiento del modo de producción capitalista.

Por su parte Piaget, con sus estudios de Psicología genética y con su reinterpretación de las relaciones entre Biología y conocimiento, hizo esportes fundamentales para comprender el processo de surgimiento de lo nuevo a partir de un nivel previo de concreción de la realidad" (A Epidemiologia enfrenta, assim, uma dificuldade semelhante à que teve que superar a Física quando a cibernética teve que desafiar e superar a concepção mecanicista de que o universo baseia-se na ação à causalidade de partículas anônimas, e insistiu sobre a busca de novos tratados, de conceitos mais abrangentes e de métodos capazes de manejar grandes quantidades de organismos e identidades. O desenvolvimento da Teoria dos sistemas abertos e dinâmicos.

Hegel havia feito contribuições fundamentais para o desenvolvimento dos conceitos de abstrato e de concreto. Este último entendido como unidade do diverso, como totalidade construída, descoberta, a partir do estudo do abstrato, do imediato, aparente, de suas partes, do indeterminado. Processo no qual se estabelecem progressivamente as determinações do objeto, sua estrutura, suas relações e os processos que lhe dão origem. Desta forma, cada ponto no caminho do conhecimento do objeto constituiu um grau de conhecimento que, por sua vez, será a base para continuar avançando e produzir conhecimentos que redefinirão os anteriores, e assim progressivamente. Este avanço progressivo do simples ao complexo, do abstrato ao concreto que vai se construindo, foi amplamente desenvolvendo por Marx, como método da economia política, denominando-o método de ascensão do abstrato ao concreto, permitindo-lhe descobrir a mecânica como categoria básica para o conhecimento do modo de produção capitalista.

Piaget, de sua parte, com seus estudos de Psicologia Genética e com sua interpretação das relações entre Biologia e Conhecimento, fez esforços fundamentais para compreender o processo de surgimento do novo a partir de um nível prévio de concretização da realidade).

Para Mario Bunge, a chave para entender o conceito de nível é a emergência, o aparecimento de uma novidade qualitativa em um processo.

O método não pode ser independente do problema e do objeto de estudo. Deve possibilitar a redução da complexidade, se for viável, conservando a riqueza dos processos. Esta opção implica descobertas progressivas, nos diferentes planos de profundidade, nas diferentes unidades de análise para melhor descrição da problemática específica.

5.2 A importância do subjetivo.

A subjetividade, no conhecimento científico e no processo de tomada de decisão, foi abordada por Mitrov. Foi desenvolvida uma classificação que leva em conta o grau de estruturação do problema:

1. Problemas bem estruturados. Aqueles em que conhecemos as variáveis intervenientes. Podem ser subdivididos em:

a. Problemas com certeza - aqueles em que existe uma relação determinística entre uma ou mais variáveis e produção do resultado.

b. Problemas com risco - há uma relação probabilística entre variáveis e resultados, e as probabilidades são conhecidas.

c. Problemas com incerteza - há uma relação entre as variáveis e os resultados que é probabilística, mas desconhecida.

2. Problemas debilmente estruturados. Um ou mais conjuntos de variáveis são desconhecidos ou não são conhecidos com suficiente confiabilidade. Não se podem listar as variáveis intervenientes.

3. Problemas de incerteza total. Não se conhece as variáveis nem as probabilidades e não existe meio de construção de um universo operativo. Problemas assim dificilmente podem ser assumidos como objetos disciplinares de investigação científica. Pertencem ao mundo da especulação e tratados apenas com a intuição.

Mitrov estabelece a idéia básica de que a complexidade de um problema relaciona-se não só com o número de variáveis que intervêm, mas também com o grau de conhecimento do seu número, do tipo de variáveis e da quantificação da sua influência sobre o problema.

Castellanos¹⁴⁵ observa que: *"Todo esto tiene enorme importancia metodológica para el estudio de la situación de salud. En primer lugar, nos destaca la relevancia de los procesos subjetivos en el proceso de conocimiento científico y abre nuestras puertas para la utilización del extraordinario arsenal metodológico y técnico acumulado por la Antropología, la Psicología Social y otras disciplinas científicas con mucha experiencia en el abordaje de los procesos subjetivos"* (Tudo isto tem enorme importância metodológica para o estudo da situação da saúde. Em primeiro lugar, destaca-nos a relevância dos processos subjetivos no processo de conhecimento científico e abre nossas portas para a utilização do extraordinário arsenal metodológico e técnico acumulado pela Antropologia, Psicologia Social e

¹⁴⁵ Pedro Luis CASTELLANOS, *Avances metodologicos en Epidemiologia*, p. 207.

outras disciplinas científicas com muita experiência na abordagem dos processos subjetivos).

Castellanos¹⁴⁶ observa também a relevância da participação dos diversos atores no processo de investigação em saúde:

"La necesidad de utilizar técnicas participativas para el conocimiento de la situación de salud tiene varias fundamentaciones. Entre ellas es necesario destacar las enormes dificultades y limitaciones de los registros tanto de tipo cuantitativo como cualitativo, por el subregistro, por los errores de registro, por el retraso y por los criterios con los cuales se registra. Pero mas grave aún cuando estudiamos grupos pequeños de población donde las variaciones tienen gran significación. Un error de pocas muertes o casos en pequeñas poblaciones pesa significativamente en las conclusiones. En estas circunstancias las técnicas participativas tienen enorme utilidad y son casi irremplazables.

Esto último parece particularmente relevante cuando trabajamos con pobladores sometidos a condiciones de vida fuertemente deficitarias y que han tenido que desarrollar estrategias de sobrevivencia. Recientes estudios parecen demostrar que las condiciones sociales externas se transforman en estructura psíquica, adquiriendo de esta manera status independiente de la realidad externa al sujeto. Esta dinámica entre el 'mundo interno' y 'mundo externo' parece conformar un espacio transicional donde se desarrollan algunos de los aspectos mas oscuros y complicados de la vida en la pobreza" (A necessidade de utilizar técnicas participativas para o conhecimento da situação da saúde tem vários fundamentos. Entre eles é necessário destacar as enormes dificuldades e limitações dos registros, tanto do tipo quantitativo, como qualitativo, pelo subregistro, pelos erros de registro, pelo atraso e pelos critérios com os quais se registra. No entanto, é mais grave ainda quando estudamos grupos pequenos de população onde as variações têm grande significado. Um erro de poucas mortes ou casos em pequenas populações pesa significativamente nas conclusões. Nestas circunstâncias, as técnicas participativas têm enorme utilidade e são quase insubstituíveis.

Este fato parece particularmente relevante quando trabalhamos com habitantes submetidos a condições de vida fortemente deficitárias e que tiveram de desenvolver estratégias de sobrevivência. Estudos recentes parecem demonstrar que as condições sociais externas se transformam em estrutura psíquica, adquirindo desta maneira uma condição independente da realidade externa ao sujeito. Esta dinâmica entre o "mundo interno" e o "mundo

¹⁴⁶ *Idem*, p.208.

externo" parece formar um espaço transicional onde se desenvolvem alguns dos aspectos mais obscuros e complicados da vida na pobreza).

Uma das mais importantes contribuições de Bernal foi o reconhecimento de que as relações entre ciência e sociedade não são dadas e imediatas, e este é um dos pilares dos nossos pressupostos¹⁴⁷.

A epidemiologia, segundo o Prof. Sebastião Loureiro, *"tem como objeto de estudo os determinantes do processo saúde-doença ocorrendo em grupos populacionais. Ainda existe resistência em aceitar maior ou mais precisa delimitação deste objeto, no sentido de definir a natureza social do processo e encontrar, nas formas de organização da sociedade para a sua reprodução, o eixo histórico identificador dos diferentes grupos populacionais. É também consensual que a desigual distribuição de riscos, doenças e mortes não é um processo aleatório.*

Entretanto a natureza social desta desigualdade é, em geral, escamoteada pelas várias noções do 'social' que corresponde a véus ideológicos diferenciados. Assim, a busca do pensamento hegemônico é importante para construção de uma nova prática epidemiológica, reveladora da natureza objetiva das contradições do processo saúde/doença e da discriminação dos grupos populacionais em sua real condição de classe social. Através da prática epidemiológica, seja ela constituída pela investigação, intervenção ou difusão do conhecimento, poderemos fortalecer este pensamento e tornar viável o projeto democrático de tornar o saber objeto de transformação da sociedade.

Neste paradigma, a prática epidemiológica, aí incluindo o conhecimento epidemiológico, é uma arma de consciência coletiva (Breih, 1987). Seu compromisso não é apenas demonstrar diferenciais na distribuição de riscos, doenças e morte entre grupos populacionais, mas desestruturar as construções ideológicas que escondem a natureza social deste processo".

Um verdadeiro epidemiologista não conclui o seu estudo apenas respondendo às três perguntas: "Onde?" "Quando?" "Quem?". Deve prosseguir com mais duas perguntas: "Por que?" e "Então, o que fazer?"

As respostas a estas perguntas levam a um compromisso ético. Política e ética como novas no compromisso de considerar a história e retornar a informação à sociedade, discutindo suas implicações e seus determinantes.

"Su practica obviamente siempre ha sido social y su progreso evolutivo de un paradigma a otro es el resultado de modelos hegemónicos que han sido producto de una lucha que ha tenido su lógica interna y uma matriz

¹⁴⁷ G. KROBER, *The social function os Science fifty years on. Impact of Sicence on society*, p. 249-255.

*social en que dicha disciplina siempre ha estado inserta. En resumen su evolución y desarrollo histórico no han ocurrido en el vacío y no son separables de los procesos de cambio social y de la estructura de una sociedad*¹⁴⁸ " (Sua prática obviamente sempre tem sido social e seu progresso evolutivo de um paradigma a outro constitui o resultado de modelos hegemônicos que têm sido produto de uma luta que teve sua lógica interna e uma matriz social em que a mencionada disciplina sempre esteve inserida. Em resumo, sua evolução e desenvolvimento histórico não ocorreram no vazio e não são separáveis dos processos de mudança social e da estrutura de uma sociedade).

5.3. As raízes de quantificação da Epidemiologia atual

A Bioestatística teve um grande desenvolvimento nas primeiras décadas deste século e influenciou bastante a Epidemiologia. Atualmente esta crescente tendência de incorporação e quantificação pode ser observada através de um grande desenvolvimento técnico.

Susser e Mac Mahon, do Departamento de Epidemiologia de Harvard, sistematizaram a abordagem sob um paradigma que empresta ênfase aos estudos observacionais e experimentais, fornecendo súmulas normativas relativas aos modos de delineamento de estudos. São vários os modelos básicos: cortes, caso-controle e modelos intervencionais.

No momento em que a disciplina se transformava em Epidemiologia dos fatores de risco, observava-se uma forte tendência ecológica para dar conta do novo objeto.

O modelo ecológico naquele momento não parece ter sido o mesmo que *"emerge da ruptura histórica que resulta na passagem de Epidemiologia das constituições pestilenciais para a Epidemiologia dos modos de transmissão e que coincide com a emergência da Microbiologia*¹⁴⁹ ". Os Estudos Ecológicos são mais freqüentemente utilizados para detectar diferenças em indicadores de saúde entre grupos populacionais agregados, segundo referências territoriais geográficas ou políticas, relacionadas aos indicadores econômicos e sociais. Os estudos de agregados têm uma longa tradição na sociologia e na geografia (Loureiro).

"Leavell e Clark, sistematizam as idéias originárias da Microbiologia e da Parasitologia, na tentativa de construir uma Ecologia Humana", segundo o Prof. Guilherme Rodrigues da Silva. A partir do modelo da história natural das

¹⁴⁸ J. BREILH e outros, *Deterioro de la vida. Un instrumento para analisis de prioridades regionales en lo social y la salud*, p.24.

¹⁴⁹ Guilherme RODRIGUES DA SILVA, *Avaliação e perspectivas da epidemiologia no Brasil*, p.118.

doenças, *"o objetivo termina sendo reduzido a uma disciplina de síntese do conhecimento preexistente acumulado sobre as doenças na clínica, nas ciências básicas e na própria Epidemiologia"*. A Epidemiologia construtiva, por contraste às Epidemiologias descritiva e analítica, surge para produzir um novo conhecimento. Como suporte ao movimento de Medicina Preventiva, a versão ecológica da Epidemiologia transfigura-se. As alterações que ocorrem na Epidemiologia, acabam por fazer abortar as tentativas de incorporar as concepções teóricas de ecologia.

Almeida Filho¹⁵⁰ afirma que *"ironicamente o principal problema da pesquisa epidemiológica é justamente a dificuldade de abordar o social"*. A tentativa de moldar e incorporar uma ecologia humana indica que o modelo da história natural representava uma tentativa de incluir o social, na determinação das doenças, mas sem suas dimensões políticas.

A Epidemiologia ecológica geográfica, e as epidemias dos meados do século XIX, não é a mesma Epidemiologia ecológica da década de 50 (Guilherme Rodrigues da Silva).

A Epidemiologia ecológica não chega a ser dominante. Suas tentativas de mudar o cenário se esvaem com a rejeição epistemológica, no momento em que se consolida a Epidemiologia dos fatores de risco.

A Epidemiologia social (Epidemiologia crítica) e a Epidemiologia clínica. *"são as duas outras formas não-hegemônicas contemporâneas de produzir conhecimento epidemiológico"*¹⁵¹.

Segundo Almeida Filho, estas duas formas contornam as dificuldades de dar conta do social, de modos opostos. A Epidemiologia clínica é imediatista e pragmática, pela negação do social e pelo retorno à origem clínica da Epidemiologia. Na outra vertente, as propostas visam à sua recuperação conceitual e a uma ampliação da dimensão do social.

A Epidemiologia clínica não tem posição de hegemonia na atividade científica, possivelmente porque a formação e incorporação de pessoal qualificado é normalmente demorada. No entanto, é formada por um grupo profissional homogêneo quanto à classe social e à articulação com capital financeiro.

A Epidemiologia social (ou Epidemiologia crítica) é incipiente e menos articulada, representando um questionamento da ciência estabelecida, caracterizando-se como proposta verdadeiramente contra-hegemônica. A partir da crítica da escola funcionalista americana de T. Parsons, surgiram duas

¹⁵⁰ Naomar de ALMEIDA FILHO, *Epidemiologia sem números. Uma introdução crítica à Ciência Epidemiológica*.

¹⁵¹ Naomar de ALMEIDA FILHO, *Epidemiologia sem números. Uma introdução crítica à Ciência Epidemiológica*.

tendências principais. Uma é pragmática e parte de conceitos, tais como o de modernização e seus efeitos, no ajustamento social da teoria funcionalista. No momento seguinte supera-os na crítica dialética e depois os substitue por conceitos no marco histórico-estrutural, utilizados posteriormente na investigação epidemiológica. De outro lado, outros defendem uma postura crítica mais radical, pelo caminho do exame das bases epistemológicas (Almeida Filho).

5.4. Metodologia para investigação de saúde e desigualdade

No contexto pós moderno, onde impera o individualismo, *"a Epidemiologia Clínica aparece, como uma releitura da Epidemiologia no sentido de readequá-la à abordagem clínica-individual. Isolam-se fatores, medem-se variáveis delimitadas, estabelecem-se causas, não se procedendo em nenhum momento à reconstrução das totalidades"* (Rita Barata¹⁵²).

Ainda segundo Barata, esta fragmentação do real *"liberta os cientistas das generalizações 'extravagantes' e das 'vagas totalidades', mas também impede a elaboração de um pensamento capaz de conduzir ao engajamento de seus trabalhos e de suas vidas no processo da história. Porém, a mística do pós-modernismo se esforça por cultivar a ignorância da história e a considerar toda a atividade como recém-inventada e como se fosse inconcebível anteriormente"*.

A Epidemiologia Clínica pode ser compreendida como um produto da pós-modernidade, e a *"Epidemiologia Social pode ser vista como um retorno ao modernismo romântico naquilo que ele tem de paixão (e contraditoriamente, também de racionalidade) e onipotência, cujo sintoma maior é a pretensão de compreender as totalidades mais inclusivas da realidade concreta"*.(Barata)

Segundo a Prof. Barata, um dilema está colocado ao *"alimentar a Epidemiologia Clínica e com isso desaparecer enquanto disciplina científica, ou assumir, de forma independente, sem adjetivações, a tarefa crítica da utopia, assinalando as contradições e ilusões do discurso dominante sobre o processo saúde-doença"*, porque:

"Se pudemos fazer nossa a visão dos primeiros modernistas, voltaremos a tomar contato com uma cultura rica e vibrante que contém vastas reservas de forças e saúde. Ser moderno é experimentar a existência social e pessoal como um torvelinho, ver o mundo e a si próprio em perpétua desintegração e renovação, agitação e angústia, ambigüidade e contradição, é

¹⁵² Rita BARATA, *Epidemiologia, teoria e método*, 1º Congresso de Epidemiologia.

ser parte de um universo em que tudo o que é sólido desmancha no ar".
(Marshall Berman¹⁵³)

No Brasil, a Epidemiologia é influenciada por distintas correntes de pensamento ecológico, em diferentes momentos. Os parasitologistas preocupados com as doenças tropicais podem demonstrar estas tendências. Os laços são tão explícitos, que muitas vezes fica impossível decidir se temos um levantamento epidemiológico ou uma atividade de um entomologista ou parasitologista com inclinação ecológica. Poderíamos, até, considerar essa Epidemiologia de inclinação ecológica-naturalista como uma disciplina subordinada à Parasitologia.

A produção do conhecimento epidemiológico oscilou entre o rural e o urbano; com a ênfase maior dependendo da forma predominante de organizar a ação de saúde. A saúde pública campanhista voltou-se predominantemente para o controle das doenças endêmicas, associada em geral com as ameaças aos empreendimentos de abertura de fronteiras agrícolas ou de extração mineral. Os problemas relativos ao desenvolvimento urbano mudam o foco da saúde pública para as novas conjuturas sanitárias das cidades e suas endemias urbanas (hanseníase, tuberculose, meningites, varíola, sarampo), bem como a elevada mortalidade na infância.

A Epidemiologia dos modos de transmissão, preocupada com as endemias rurais, como Epidemiologia ecológica-naturalista tem fortes laços com a Parasitologia. As problemáticas são centradas em doenças específicas, tais como a doença de Chagas, a esquistossomose, as leishmanioses e a malária.

A morbo-mortalidade, nas cidades, já era notada por Otto Wucherer nos anos 60 do século XIX. Essa problemática aumenta com o processo de urbanização, próprio do capitalismo periférico brasileiro, em sua fase agrária-exportadora inicial e notadamente após o início da industrialização (Guilherme Rodrigues da Silva).

A desnutrição, considerada um acidente ecológico do espaço rural, estende-se para todo espaço social, principalmente na periferia das cidades. Outras endemias urbanas revelaram-se importantes em diferentes momentos: tuberculose, meningites (Barata, Galvão), varíola (Fisdiman, Angulo), tétano (Fisdiman).

¹⁵³ Marshall BERMAN, *Tudo o que é sólido desmancha no ar - As aventuras da modernidade*.

5.5. Histórico

Mendes Gonçalves¹⁵⁴ caracterizou o período histórico da Epidemiologia, cujo início coincide com o da era bacteriológica, como o da Epidemiologia dos modos de transmissão. John Snow, rejeitando a teoria dos miasmas e das constituições pestilenciais, fundamentava-se nas teorias do contágio, dominantes na explicação das doenças antes das descobertas de Pasteur. O importante era demonstrar, qualquer que fosse a sua natureza, a veiculação pela água da semente do mal (até mesmo um miasma). A ação possível e eficaz, seria sobre as fontes e os meios de abastecimento da água. O objeto central da nova ciência bacteriológica, passaria a ser então, a preocupação com o agente. A Epidemiologia dos modos de transmissão representa a ruptura com a Epidemiologia da constituição pestilencial. Foi dominante, no período que M. Terris chamaria de "Primeira Revolução Epidemiológica", a Epidemiologia dos modos de transmissão, das doenças infecto-contagiosas de massa, durante os cerca de 60 anos da história da Epidemiologia moderna, terminando com a ruptura dos anos 50 e dando lugar à *Epidemiologia dos fatores de risco*.

Nestes momentos é possível perceber modelos explicativos alternativos a estes modelos dominantes. Os modelos da patologia social, o ecológico e a Epidemiologia crítica (ou Epidemiologia social) podem ser vistos, como formas contra-hegemônicas de produzir conhecimento epidemiológico.

5.6. A transição dos fatores de risco para a Epidemiologia

Susser, utilizando conceitos de Kuhn, marca o surgimento de um novo período na história da Epidemiologia, referindo-se a um novo paradigma. Os modelos explicativos representam passagens de um momento histórico para outro, e são forças determinantes e mediadores entre condições ontológicas e suas representações nos objetos do conhecimento, na constituição de novos objetos pelas transformações dos velhos objetos da prática teórica disciplinar.

A explicação dos modos de transmissão é básica e predominantemente do tipo probabilístico, mas a exposição dos resultados das investigações continua em uma linguagem causalista, talvez pela presença de ingredientes causais nos modelos probabilísticos (Salmon), e de certa vontade de reduzir as explicações não-causais (dialética, ecológica ou interacional, probabilística ou estatística, mecânica), à linguagem da explicação causal. Esta visão do

¹⁵⁴ R.B. MENDES GONÇALVES, *Reflexões sobre a articulação entre a investigação epidemiológica e a prática médica. A propósito das doenças crônicas degenerativas*, in Abrasco - Textos de apoio: Epidemiologia I, p. 11-86.

mundo, mais natural ou coerente, pode ser devida à tradição empiricista do uso universal das explicações causalistas nas ciências naturais.

O enfoque epidemiológico de "estilos de vida" tem motivado uma crítica fundamental, uma vez que devolve ao indivíduo a responsabilidade da saúde e da doença. Esta responsabilidade é acompanhada pela culpa do que acontece com a saúde. A sociedade atua como espectador. Neste modelo, os estilos de vida não são vistos como produto do social, mas como "capricho individual".

Os fatores determinantes do processo saúde-doença são os ambientes violentos que asfixiam as grandes cidades, a falta de abrigo, sustento, casa e alimentação adequada, trabalhos estressantes e despersonalizados, isolamento e alienação da sociedade de consumo, e a pobreza.(Romero). São as raízes históricas da Epidemiologia que traçam a relação entre os fatores do ambiente com a saúde e a doença.

"Algunos de los problemas que han surgido recientemente derivado de las inferencias causales de los datos epidemiológicos: primero la tendencia a enfatizar solitariamente el componente biológico en las investigaciones y el sobre uso de técnicas estadísticas altamente sofisticadas" (Alguns dos problemas que têm surgido recentemente derivados das inferências causais dos dados epidemiológicos: primeiro a tendência de enfatizar isoladamente o componente biológico nas investigações e o componente sobre o uso de técnicas estatísticas altamente sofisticadas), (Romero¹⁵⁵).

Os modelos de Epidemiologia Social foram propostos por grupos latinoamericanos na década de 60, coincidindo com os movimentos estudantis. São representantes desta corrente de pensamento: Juan Cesar Garcia, Breilh, Samuel, Arouca e Cordeiro. Seu marco teórico é o enfoque dialético e histórico, e a visão de saúde como processo.

Sua imagem de homem é de integralidade, onde não se separam o psíquico, o biológico e o social. A saúde-doença é uma unidade estruturada (Romero).

5.7. Etapas da Epidemiologia

A classificação de Susser, quanto ao desenvolvimento da Epidemiologia nos últimos 40 anos, define uma etapa pré-moderna na década de 50 e a moderna, de desenvolvimento tecnológico, a partir de 1970.

Na etapa pré-moderna com Frost, Macmahon e Morris, sua proposta metodológica é de *"Dilucidar los mecanismos causales, explicar las características locales de la ocurrencia de la enfermedad, describir la historia*

¹⁵⁵ Arturo ROMERO, *El desarrollo histórico de la epidemiología en América Latina*, 1º Congresso de Epidemiologia.

natural de una enfermedad o bien servir de guia durante la administración de los servicios de salud".(Elucidar os mecanismos causais, explicar as características locais da ocorrência da doença, descobrir a história natural de uma doença ou servir bem de guia durante a administração dos serviços de saúde) (Romero).

A investigação epidemiológica desenrola-se sob a influência de Universidades americanas como Tukane, Louisiana, Harvard, Hopkins e Chapell Hel.

O Prof. Guilherme, na Epidemiologia Moderna (Susser, 1970), diz que uma tecnologia e metodologia ágil permite incorporar ao arsenal epidemiológico o estudo dos fatores de risco, a avaliação da atenção médica, a avaliação de detecção precoce e o tratamento das doenças, a avaliação de ações específicas de medicina preventiva e de promoção de saúde, os estudos clínicos de problemas, tais como a doença coronária, hipertensão, atenção médica durante a gravidez, a modificação dos fatores de risco, o uso de marcadores biológicos, o controle do ambiente e o uso da epidemiologia no planejamento dos serviços de saúde. Tudo dentro de um novo paradigma (Winkelstein y Lalande 78), que traz à tona os estilos de vida e a saúde potencial dos indivíduos e grupos sociais. A proposta se baseia no enfoque multifatorial e no paradigma socio-ecológico da saúde.

Estas idéias repercutiram na America Latina. Em um contexto de mudança dos perfis de saúde, da crise econômica, de problemas de financiamento do setor saúde em fins de 70 e início de 80, houve paradoxalmente uma incorporação técnica acrítica. A tecnologia médica de diagnóstico e tratamento, acessada por uma minoria, se torna mais real em um setor de saúde empobrecido. Esta realidade cotidiana se contrapõe à necessidade do aumento de problemas derivados da contaminação ambiental, sobremaneira da industrial. É desta época a ênfase na equidade e no lema "saúde para todos no ano 2000".

Neste clima, a prática epidemiológica preocupa-se especialmente com o estudo da patologia infecciosa, onde o objeto de estudo é a doença como fator biológico natural do indivíduo, em cuja geração ocasionalmente pode intervir o coletivo social como fator causal externo.

A América Latina sofre a dependência cultural dos Estados Unidos, que substituíram a da Inglaterra e da França. Apesar de Pasteur, as teses "anticontagiosas" (tais como Chervin e Mitchell) ainda impregnam o ambiente científico.

A fragilidade da teoria dos germes e de agentes específicos fez com que, pouco a pouco, esta fosse perdendo sua vigência. O conceito de resistência e suscetibilidade serviu de base à proposta preventivista no equilíbrio das formas e funções do corpo.

Na etapa de formação das Repúblicas Americanas, a França teve grande influência com os pressupostos ideológicos da Revolução Francesa. Havia uma grande disputa sócio-médica entre os ambientalistas e os trabalhos de Chadwick e Engels, a exploração dos operários ingleses, seguidos de Virchow, von Pettenkofer, Magendie, Villermi e outros reformadores da tese do contágio.

A história da Epidemiologia ilustra a relatividade dos paradigmas científicos. A palavra de ordem de Chervin (anti-contagionista) era: *non verbus, sed factos* (não palavras, mas fatos).

O movimento do romantismo foi aliado dos contagionistas. As formas tensas de viver, como o amor à solidão e a entrega da vida e do suicídio como metas, encontram-se na teoria ambígua do contágio, acumulando mais contradições que expliquem a saúde, a vida e a morte.

A teoria dos germes e a monocausalidade das doenças derrubaram o paradigma sócio-médico. A doutrina da etiologia específica das doenças, após Koch e Pasteur, envolveu a prevenção e fatores associados: nutrição, condições de trabalho e educação, em um enfoque monocausal. No auge da microbiologia, têm-se êxitos enormes na luta contra as doenças. Mas eram trabalhos individuais interessados em constantes funcionais mais do que em distribuições do processo saúde/doença na população (Canguilhem).

Os países industriais foram melhorando as condições de vida de seus perfis de saúde, ocasionando a perda parcial da vigência da teoria dos germes. A proposta preventivista, dentro do positivismo como filosofia social, foi a resposta que utilizou a teoria do equilíbrio das formas e funções do corpo. A atenção da sociedade é desviada das mudanças, já que a doença é apenas a perda do equilíbrio ecológico. A partir de 30, este é o paradigma hegemônico, mas que já incorpora saúde como processo, pois admite uma escala progressiva. É a história natural da doença e a causalidade múltipla.

"Balance positivo contra las fuerzas biológicas, mentales y sociales que tienden a causar perturbaciones en el equilibrio de su salud" (Balanço positivo contra as forças biológicas, mentais e sociais que tendem a causar perturbações no equilíbrio de sua saúde) (Arturo Romero¹⁵⁶).

¹⁵⁶ *Idem.*

A concepção do método, bem adaptado ao sentido moderno de saúde pública, começou na Revolução Francesa, estendendo-se à Alemanha e à Inglaterra. Na Escola de Medicina de Yale seus representantes são Rosen e Winslow.

A teoria da multicausalidade e a história natural da doença coincidem com o auge da Revolução Industrial no pós-crise, com ampliação do comércio mundial e a divisão do mundo em áreas geográficas de influência.

O conceito de quarentena nasce no século XIV, com a idéia de contágio e a experiência medieval de isolamento dos leprosos. A peste é associada ao castigo divino e desencadeia o medo da população em geral em relação às pessoas de áreas infectadas. A Europa e seus interesses econômicos acharam úteis a implantação de cordões sanitários rígidos e a quarentena em postos americanos com serviços inadequados de saneamento ambiental, tais como Havana, San Juan, Cartagena, Lima, Buenos Aires, Montevideu, Rio de Janeiro, Santos e Recife.

Os censos de população tiveram importância significativa. A necessidade de "contar as pessoas" teve diferentes causas: controle dos súditos da coroa, controle populacional, vigilância da mão-de-obra índia e de escravos, zelo pela pureza da raça e a "custódia das almas cristãs".

No século XVIII, na França, temos o racionalismo ilustrado, com suas raízes em Descartes, no empirismo de Bacon, no desenvolvimento das ciências naturais de Newton e no governo popular de Locke.

Na América, esta renovação se materializa com as expedições botânicas e científicas.

"Lentamente los conocimientos científicos autóctonos y los adquiridos de Europa fueron aceptados y el nuevo paradigma del racionalismo cartesiano trató de imponerse" (Lentamente os conhecimentos científicos autóctones e os adquiridos da Europa foram aceitos e o novo paradigma do racionalismo artesiano tratou de impor-se) (Romero¹⁵⁷).

As diferentes definições sobre Epidemiologia através do tempo, só interpretam paradigmas sobre os quais estão a prática da disciplina em um momento determinado. Sua mudança estaria colocada por evidências, em que a saúde e a doença têm sido um componente *sine qua non* que tenta invalidar o paradigma existente. Mas, como premissa, aceitemos que historicamente cada sociedade, em seu envolvimento, tem manifestado concepções diferentes do processo saúde-doença.

¹⁵⁷ *Idem.*

"En el caso de las ciencias, surge del proceso interno de construcción de conceptos a partir del processo de materialización a partir de la adecuación de objetos y métodos, y en el caso de las técnicas como la medicina, a partir del processo de materialización de las representaciones y conceptos en actividades prácticas, así como al mismo tiempo, y por consiguiente, del processo interno de relaciones entre ciencia y técnica. Pero al mismo tiempo, teniendo en cuenta también las formas del trabajo humano que les corresponden" (No caso das ciências, surge do processo interno de construção de conceitos a partir do processo de materialização, a partir da adequação de objetos e métodos, e no caso das técnicas como a medicina, a partir do processo de materialização das representações e conceitos em atividades práticas, assim como ao mesmo tempo e por conseguinte, do processo interno de relações entre ciência e técnica. Mas ao mesmo tempo, levando em conta também as formas de trabalho humano respectivas) (Quevedo¹⁵⁸).

A idéia escolástica de que a saúde se apresenta mesclada com a teoria miasmática e nos focos permanentes de febres e epidemias em que se converte este vasto continente, pode ser interpretada dentro deste marco. O contagionismo que segundo Ackernecht "era tão velho que parecia como se nunca tivesse sido submetido a um exame racional", respondia à tradição que vinha desde a constituição clássica epidêmica hipocrática. Mas a doutrina do contágio não fez progressos durante séculos, e liga-se à magia e à religião de algumas sociedades.

Após a Revolução Industrial, o processo de industrialização, desde os primórdios do capitalismo, criou condições propícias para uma deterioração das condições de saúde da classe trabalhadora (Laurell, Arouca, Cordeiro, Loureiro, Rodrigues da Silva, Cohn, Breilh).

A mortalidade precoce, a incapacidade física e os acidentes de trabalho estão radicalmente ligados à falta de saneamento, às condições de trabalho e de habitação, e à alimentação deficiente.

Neste contexto, acentuaram-se as diferenças de classe, mas as epidemias ameaçaram expandir-se fora dos gastos da pobreza. Neste cenário, as condições sociais e políticas favoreceram o aparecimento de denúncias que têm repercussão, dando origem a leis e ações governamentais que buscam modificar esta situação.

É bastante famoso o trabalho pioneiro realizado em 1843, por Edwin Chadwick. O relatório sobre as condições sanitárias da população trabalhadora da Grã Bretanha, foi provavelmente a fonte para o texto famoso de Engels,

¹⁵⁸ Emilio QUEVEDO, *Relaciones entre la historia de las ciencias e de las tecnicas en la Medicina*, p.379/387.

com o seu "The health conditions....". Este resultou, no parlamento britânico, na Lei de Saúde Pública.

Ainda outro exemplo, onde as condições de extrema desigualdade em relação aos perfis epidemiológicos de classe foram denunciadas através de estudos epidemiológicos, foi o Relatório da Comissão Sanitária de Massachusetts, publicado em 1850. Este relatório apontou diferenças nas taxas de morbilidade e mortalidade em distintas áreas geográficas, relacionando estes diferenciais às condições de vida e de moradia e a estilos de vida desregrados. Lemuel Shattuck, da comissão, recomendou várias medidas, inclusive um sistema estadual de saúde, um sistema de saneamento e comissões de saúde a nível estadual e local.

Na Alemanha, também as desigualdades das condições da população transformam-se em um fato político (J. P. Frank em *A Miséria Como Mãe das Doenças*), resultando em uma série de recomendações para o estabelecimento de uma Política de Saúde pela Alemanha, com forte conteúdo de intervenção do Estado. O trabalho de F. Engels¹⁶⁰ "*é um marco na descrição das extremas desvantagens a que estavam submetidos os trabalhadores ingleses em relação à sua condição de saúde e como o processo de acumulação capitalista estava na gênese da desigualdade quanto à saúde*".(Loureiro¹⁶¹)

O Prof. Guilherme Rodrigues da Silva, ao comentar um artigo de M. Susser¹⁶¹ diz que:

"Localiza um importante ponto de corte na história da disciplina. Num contexto de mudanças amplas na estrutura social, a sociedade americana emerge do conflito mundial fortalecida e hegemônica. Gera-se um clima de entusiasmo pela tecnologia, só comparável ao da França em 1789 com as idéias de cidadania e de liberdade.

Nesse clima favorável potencializa-se a aplicação da tecnologia nas doenças infecciosas de massa, as políticas sociais na redução da pobreza absoluta, da fome e das doenças carenciais. O conjunto destas mudanças contribuem para o aparecimento de novos perfis coletivos de morbilidade e mortalidade, num quadro de tem sido denominado de transição epidemiológica, mediante a utilização de um conceito tomado de empréstimo da demografia".

¹⁵⁹ F. ENGELS, *The condition of the working class in England in 1844*.

¹⁶⁰ Sebastião LOUREIRO, *Brasil, desigualdade social, doença e morte*, 1º Congresso de Epidemiologia.

¹⁶¹ Artigo de 1985 referente à Epidemiologia Americana no pós-Segunda Guerra Mundial.

IV. RESULTADOS DA DISCUSSÃO

1. Política de saúde a nível estadual

O conflito entre poder técnico e poder político, na implementação de programas de saúde no âmbito da Secretaria do Estado da Saúde, pode ser evidenciado por trechos de um relatório da SUDS/SP²²..:

"Existe alguma dificuldade para entender o papel e as competências dos GEPROs²³.. e como se inserem na estrutura... têm, freqüentemente, envolvido duplicidade de comando, confundindo-se as relações de poder entre as autoridades técnicas (GEPROs) e as autoridades político-administrativas (SUDS/R, CRS).

"...Os programas elaborados pelos GEPROs vêm de cima para baixo, não levando em consideração as necessidades e as diferenças locais. Conseqüentemente, existe um desnível entre o que os GEPROs propõem e a realidade sentida pelos SUDS/R.

"...Os GEPROs são constituídos, na maioria das vezes, por pessoas de alto gabarito, mas que desconhecem a realidade local e os mecanismos institucionais de acesso à rede.

"Dificuldades de soluções na implementação dos programas, demonstra que as estratégias de formulação e implementação de programas de saúde não estão sendo eficientes..."

Em seu discurso de abertura²⁴, o Secretário de Saúde apresenta sua proposta, tendo como objetivo *"romper com um sistema de saúde fragmentado, centralizado, complexo, caro, sucateado e particularmente perverso por não atender às necessidades da população"*.

No mesmo documento as bases da mudança *"seriam alcançadas em três pilares fundamentais:*

- 1. criação de uma nova estrutura de saúde unificada e descentralizada e reconstrução física do sistema;*
- 2. aprimoramento programático e institucional, moralização e humanização do Sistema;*
- 3. e um grande componente de educação: da população, de reciclagem do pessoal da rede e de formação de novos profissionais necessários".*

²²Relatório do Seminário de Avaliação do SUDS/SP, restrito ao nível gerencial, Campinas, 1988.

²³Grupos Especiais de Programas.

²⁴Documento oficial da Secretaria de Estado da Saúde, 1991, "Saúde, o desafio da mudança".

No caso do desenvolvimento institucional, "o aprimoramento institucional e programático baseia-se nas comissões científicas e grupos especiais de trabalho".

No pronunciamento oficial, "a saúde é o bem maior do ser humano. Sem ela não é possível atingir autêntica cidadania ou qualidade de vida compatível com o regime democrático. Constitui-se numa riqueza interna de um país a ser gerada num efetivo processo de desenvolvimento econômico-social. Ou seja, com um mesmo grau de desenvolvimento econômico é possível se ter condições de saúde muito diversas. Assim, este fato reforça a responsabilidade com as políticas específicas do setor saúde, o que particularmente para o Brasil é uma necessidade muito clara, pelo muito que os serviços de saúde podem contribuir na melhoria da qualidade de vida da população.

"É um direito de todos ter acesso a um sistema de saúde de boa qualidade e condizente com as necessidades; entretanto, a assistência acabava tendo que ser comprada no balcão por quem podia fazê-lo, criando uma situação particularmente injusta e desigual".

A visão que o Secretário Estadual tem da população se depreende da afirmação: "O povo, por sua vez, custa a entender os benefícios da mudança e a tomar partido, até porque a mídia brasileira, saída de um longo período onde a divulgação das verdades sobre as questões de saúde era considerada um problema de 'segurança nacional', não teve ainda tempo para se preparar para noticiar com isenção e profundidade".

O Diagnóstico Governamental das Condições de Saúde observa que: "Esta população está em fase de transição demográfica, apresentando acentuada tendência ao envelhecimento e de queda da taxa de natalidade, o que altera o seu perfil epidemiológico.

"Dado o período de dificuldades econômicas pelo qual passamos, existe grande contingente de favelados e moradores de cortiços com problemas graves de infraestrutura e, conseqüentemente, de saúde.

"As condições sociais refletem baixa qualidade de vida e com uma esperança de vida ao nascer em torno de 66 anos, o que é bastante inferior aos índices dos países desenvolvidos ou mesmo dos países com renda 'per capita' muito inferior à nossa, mas que organizaram o seu sistema de saúde".

Como diagnóstico estrutural do sistema, o Secretário de Saúde observa:

"• Paralelismo de ações, duplicidade de gastos, subutilização dos serviços, distribuição geográfica ineficiente dos equipamentos.

- *Insuficiência de recursos materiais e humanos e ao mesmo tempo, ma utilização e desperdício.*
- *Recursos financeiros centralizados a nível federal, com sistema de remuneração que dava margem a distorções, como superfaturamento, devido às fraudes e procedimentos desnecessários, resultando em sério descontrolo administrativo.*
- *Inadequação dos serviços oferecidos às necessidades da população, com a falta de uma visão integral da assistência.*
- *Inexistência de supervisão, falta de programas de treinamento e atualização para os profissionais, pouca motivação na execução das tarefas e não cumprimento dos horários de trabalho, tudo isso porque o comando era fracionado e estava longe do local de trabalho.*
- *Falta de participação da população para sugerir, reclamar ou aplaudir devido à inexistência de acesso aos gestores do sistema.*

"Como consequência, constatava-se dificuldade de acesso da população ao sistema de saúde, determinando ausência de equidade e universalidade na assistência prestada, não contribuindo, portanto, para a reversão do quadro de morbimortalidade".

No capítulo denominado "O impacto do processo de mudança", é enfatizado aumento da cobertura populacional e a relação custo/benefício.

Foi referida a preocupação teórica com a participação popular e a qualidade da atenção dispensada à saúde. *"Os Conselhos, a maior proximidade da gestão dos serviços com a população, agora administrados por pessoas do próprio município, bem como a disposição da Secretaria de Estado em receber e valorizar reclamações e reivindicações, possibilitaram a melhora do desempenho dos serviços de modo geral, reforçando a continuidade do processo, numa situação onde não foram poucos os obstáculos e adversários das mudanças".*

No capítulo que discorre sobre o aprimoramento programático, mantêm-se as visões de programas verticais: Saúde da Mulher (limitada à esfera gineco-obstétrica), Saúde da Criança (com enfoques fragmentados, por exemplo: vacinação, doenças respiratórias da infância, doenças diarreicas, etc.), Saúde do Adulto (hipertensão arterial, visão clínica de saúde ocupacional...), saúde mental, bucal, AIDS, sangue, câncer.

As ações em Saúde Coletiva têm suas diretrizes discriminadas no Centro de Vigilância Sanitária (CVS) e no Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE).

No CVS:

- Integração inter e intra-institucional;
- Implantação do sistema de informatização e documentação;
- Formação e reciclagem de recursos humanos;
- Promoção e controle da qualidade dos serviços de saúde;
- Defesa do consumidor de bens e serviços,
- Garantia da qualidade do meio ambiente;
- Elevação do nível de consciência da população;
- Pró-água (controle de qualidade da água);
- Controle de qualidade do sangue;
- Controle do uso de radiação para fins diagnóstico/terapêuticos;
- Controle de infecções hospitalares;
- Programa de Fármaco-vigilância;
- Programa de Vigilância Sanitária do Trabalho;
- Programa de Controle do Uso do Metanol como Combustível;
- Projetos de monitoramento (contaminação de alimentos por resíduos tóxicos, qualidade de alimento industrializado e medicamentos).

Projetos do Centro de Vigilância Sanitária

Um dos projetos propostos, que em geral nem é sequer mencionado em documentos oficiais da Secretaria da Saúde dirigidos ao público externo, é o "Programa de Saúde e Meio Ambiente²⁵".

Em sua introdução, ao definir seus campos, coloca: *"No campo da ecologia, um setor de grande importância é o da Ecologia Humana, isto é, o estudo do homem em relação ao seu ambiente, bem como da estrutura e do desenvolvimento da comunidade e da sociedade de que faz parte.*

"Do nosso ponto de vista, é sempre com relação ao homem - e mais exatamente aos grupos humanos - que se define a política de saúde do meio ambiente".

Também anexa um prognóstico:

"Finalmente, o homem desenvolve uma cultura extremamente complexa, e este desenvolvimento não se deteve ainda. Na verdade, existem duas direções para onde se pode projetar o desenvolvimento da humanidade: ou ela aparecerá ao perder o controle sobre suas próprias criações e descobertas, ou talvez seja levada, por um aperfeiçoamento de sua

²⁵Gestão 86-90, coordenadora Sra. enir Guena Macedo de Holanda.

consciência, a um maior domínio e utilização das possibilidades e recursos do Universo e de si mesmo".

Na delimitação de seus campos de atuação, define de forma restrita: Saneamento Ambiental, Substâncias Químicas de Risco para a Saúde e Radiações Nucleares.

Tem objetivos gerais e específicos de alcance bastante difícil, tendo em vista o número de variáveis que fazem o controle desses programas.

Projetos do Centro de Vigilância Epidemiológica

"Pela primeira vez montamos áreas de estudos epidemiológicos para as doenças crônicas e ocasionados por alterações do meio ambiente. Isto representa a recuperação de um atraso de décadas em relação aos países desenvolvidos, e o reconhecimento da importância destas doenças no nosso meio. Estas doenças, tipicamente responsáveis por altos índices de morbidade e mortalidade em países desenvolvidos, os quais praticamente erradicaram as doenças infecciosas, ocorrem em níveis importantes em nosso meio, em conjunto com as infecciosas, típicas de países ainda em desenvolvimento. Isto nos confere um quadro epidemiológico peculiar e nos obriga a ampliar o leque de atuação. Ao mesmo tempo que continuamos a nos preocupar com a epidemiologia das doenças infecciosas, passamos a nos preocupar também com a epidemiologia do câncer, acidentes de trabalho, etc. Esperamos em breve atingir, também nesta área, os expressivos resultados que estamos conseguindo no controle das doenças infecciosas.

"Além disso, o CVE tem sido responsável pela formação técnica de multiplicadores de treinamentos específicos e se encontra agora lado a lado com os ERSAs na luta para que se viabilize a municipalização das ações de Vigilância Epidemiológica. Acreditamos que progressivamente o município terá condições de estudar a ocorrência, a distribuição e os fatores condicionantes de doenças transmissíveis ou não transmissíveis e demais agravos à saúde da comunidade, o que será um grande passo para a melhoria das condições de saúde como um todo.

"Entende-se que o próximo Governo deva continuar dando prioridade a esta área nobre da Saúde Pública, com tônica para a municipalização das ações, maior apoio à pesquisa e à implantação das áreas de meio ambiente, saúde do trabalhador e das doenças crônicas ainda incipientes, sem contudo deixar de primorizar as áreas de doenças infecciosas para o efetivo controle e, em alguns casos, a erradicação das mesmas.

"O propósito será transformar o CVE, criado em 1985 e consolidado no atual Governo, em um verdadeiro Centro de Controle de Doenças, dando-lhe a dimensão de grande censor da Saúde do Estado de São Paulo, com respostas rápidas e eficientes aos problemas prioritários de saúde".

Nas conclusões, não se menciona para o futuro ações relativas à Saúde e Ambiente, nem ao menos como recurso retórico com a proximidade do advento da Conferência Rio-92.

- Avaliação da Coordenadoria Regional de Saúde - 4²⁶.

A Coordenação Regional de Saúde - 4 (os Macro-Região) - é composta por 15 SUDS-Regionais, englobando 119 municípios. O SUDS de Caraguatatuba está jurisdicionado à CRS-4. O Município de São Sebastião é vinculado à Regional de Saúde de Caraguatatuba, assim como os Municípios de Ubatuba, Caraguatatuba e Ilha Bela.

A CRS-4 foi escolhida como local de pesquisa pelo fato de possuir muitas características do Estado de São Paulo, tais como diferenças urbano-rurais e sócio-econômicas, e por ser a região relativa ao município estudado.

A gerência regional está a cargo de médicos, na maioria dos casos desta Macro-Região, com predominância de sanitaristas. A avaliação subjetiva é de que é boa a adesão à proposta do SUDS. Poderíamos listar alguns fatores interferentes:

- Na questão administrativa, pouco tempo dedicado à função, insegurança e instabilidade inerentes ao cargo de confiança, confronto com o setor privado e corporações profissionais, articulações boas (mas conflituosas) com as representações políticas da região, relacionamento com os municípios muito variável e específico por região. Parecem prevalecer situações intermediárias, isto é, limites de competência e atribuições pouco claros.
- Há acúmulo de funções (cotidiano de "apagar incêndios") e não são raras as articulações diretas com o nível central, desconhecendo-se a competência e hierarquia regionais.
- Houve desvirtuamento dos objetivos dos colegiados municipais e regionais (CIMS e CRIS).
- As atividades de supervisão técnica não são sistematizadas e as equipes são muito diversificadas.
- O tipo de gerência varia, mas são muitos os exemplos de gerência do tipo autoritário-centralizador.

²⁶Estas considerações foram feitas, tomando como fonte de informação os relatórios de visitas realizados e os relatórios de supervisão do CADAIS - Secretaria de Estado de Saúde.

- O trabalho de equipe e sua competência técnica-administrativa deixa muito a desejar, em várias regiões.

- **Comissões de Saúde (CIMS e CRIS)**

As situações são heterogêneas, mas percebe-se sua burocratização, manipulação pelo poder executivo e perda de espaço de articuladora de política setorial e de participação efetiva e democrática da população.

- **Gerência Municipal**

A situação dos municípios maiores (sede de regional) é diferente dos pequenos. Em geral, existe uma estrutura de secretaria ou departamento de saúde. Não é raro encontrar estruturas sem pessoal correspondente!

O perfil dos gerentes é muito diverso. Em municípios maiores, em geral, são médicos, mas sem formação específica ou experiência prévia em Saúde Pública. Alguns administradores não possuem nível universitário. O despreparo gerencial é significativo.

Constatou-se uma série de construções de unidades e atividades de saúde tecnicamente incorretas. Priorizam-se atividades de urgência em pronto-socorros, em detrimento de ações preventivas e programáticas.

Também foi constatado atraso no repasse de verbas e insuficiência destas, do ponto de vista municipal.

- **Organização de Serviços**

A universalização de atendimento, se apenas compreendida e aceita, não constitui uma realidade.

Dificuldades: os municípios reprimem a demanda por falta de recursos. Entretanto, é fato que aumentou a cobertura em todas as regiões (aumento da rede básica a partir da AIS). A rede básica não constitui efetivamente a porta de entrada do sistema. O acesso a hospitais e exames subsidiários é crítico.

É freqüente a denúncia de "cobrança por fora" nos atendimentos hospitalares. Priorizam-se os pacientes de maior nível sócio-econômico e certas patologias e procedimentos mais lucrativos (ou menos onerosos!).

A hierarquização do sistema fica comprometida pela inexistência, número pequeno e não referência de ambulatorios de especialidade. O acesso à referência terciária é difícil (leitos e procedimentos especializados).

A integralidade de ações está comprometida com a priorização de atendimento às urgências e não à implantação de programas. Predominam programas tradicionalmente mais antigos e implantados (crianças, mulheres e vacinação), não se incorporando outras necessidades. O limite de funcionamento das unidades, em 1 ou 2 turnos também constitui fator restritivo.

Note-se que a ameaça de dengue e o aparecimento de malária autóctone não é desprezível, pois a SUCEM sem verbas não tem borrifado com DDI a região, entre outros fatores.

Em nossa observação, por constituir região de estrutura incipiente, tem dificuldade de manter profissionais de nível universitário, que vão para regiões mais atrativas, em termos de oportunidades e infraestrutura social. Com salários baixos e pouco investimento em capacitação de recursos humanos, fica difícil fazer face a esta realidade adversa. Não se mantém a coordenação de ações em saúde baseando-se em critérios epidemiológicos sociais. Recentemente, uma nova equipe no SUDS-Caraguatatuba está se rearticulando em torno do mesmo diretor que, por conhecer a região e ter clareza de suas necessidades e instrumentos de intervenção, aponta com boas perspectivas em um futuro próximo.

"Diretor submetido às exigências dos municípios.

"A direção privilegia atividades burocráticas e de controle, em detrimento do desenvolvimento da área técnica e programática²⁷".

Não são feitas reuniões regulares da Comissão Interinstitucional Regional de Saúde (CRIS).

- Ação Programática

Implantou-se um sub-programa de hipertensão arterial (Saúde do Adulto), no entanto com baixa cobertura. Os sub-programas de Diabetes e de Saúde do Trabalhador não estão implantados.

Os sub-programas de Tuberculose e M. Hansen estão sendo desenvolvidos, mas deixaram de ser priorizados, inclusive a Vigilância Epidemiológica. Não se implantou sub-programas de doenças sexualmente transmissíveis.

Existe um programa de Saúde Mental implantado, mas não de emergência. Na região do vale do Paraíba e litoral norte, há falta de leitos, principalmente femininos (em Saúde Mental).

- Saúde Bucal

Na maioria das regionais não existe apoio quanto à formação de THD (técnico em higiene dental) e ACD (atendente de consultório dentário). Existem coordenadores regionais e municipais de Saúde Bucal. Não é satisfatório o grau de conhecimento de Saúde Pública dos coordenadores. A manutenção de equipamentos é bastante precária.

²⁷Referências específicas ao SUDS/R de Caraguatatuba, segundo o relatório CADAIS.

2. Municipalização da Saúde no Estado de São Paulo

A municipalização é apenas uma das opções na descentralização do sistema de saúde. Esta idéia tem um contexto, uma história, e vem sendo tratada em relação a outros temas, tais como a regionalização e hierarquização de serviços, a universalidade do atendimento, a participação da sociedade (contemplados na Constituição Brasileira e na Lei Orgânica da Saúde). A municipalização é um dos temas envolvidos dentro de uma nova concepção de prática de saúde. A experiência de revisão e transformação do modelo assistencial está em curso e sua reflexão se dá, portanto, durante a implantação das mudanças.

Os dados fazem parte de um projeto de pesquisa, cujo objetivo principal é estudar o SUDS/SUS²⁸, com base na percepção dos gerentes regionais e locais. Foram incluídos, enquanto objeto de trabalho, diretores técnicos e assistentes de direção de SUDS-R, secretários municipais de saúde, diretores de UBS e dirigentes de hospitais.

A caracterização da percepção será feita através de suas opiniões e atitudes expressas. Assim se trabalhará com a percepção que estes indivíduos têm do sistema e como interpretam a aplicação da política à sua instituição.

Como um fenômeno ainda recente, existem poucos textos que avaliam a implantação e implementação do SUDS/SUS com base em depoimentos dos diferentes níveis de gerenciamento. A maior parte destes se dedica a análises econômica e política macroestruturais, sendo poucos os documentos que se dedicam à análise do processo a nível do sistema de saúde regional e local. A Reforma Sanitária depende fundamentalmente da vontade política e de profundas modificações na estrutura do Sistema de Saúde discutidas com todos os setores participantes do movimento. Entretanto, só será viabilizada por intermédio de mudanças substantivas na cultura das organizações e indivíduos envolvidos no processo e em cada uma das etapas que a construirão.

(Vide **Anexo 1**)

²⁸Do Instituto da Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, com financiamento do Banco Mundial, em cooperação técnica

com a Universidade de Illinois dos Estados Unidos, suspenso pelo Secretário de Saúde desde setembro de 1990.

Equipe: Raymond L. Goldsteen, DPH, Karen S. Goldsteen, MPH, University of Illinois; Emily Ruiz, MD, MSC, Julio Cesar R.

Ferreira, MD, MSC, Aurea Pascalicchio, MD, Denise Nudel, Enfermeira, Instituto de Saúde, Secretaria de Saúde de São Paulo.

3. A Saúde no Município de São Sebastião

O município está situado no litoral norte do Estado de São Paulo, caracterizando-se como pólo turístico. Ocupa 507 km², estende-se por 90 km de costa do Oceano Atlântico e é cercado pela Serra do Mar.

Suas referências urbanas vizinhas são Santos e São José dos Campos (distância de 120 km) e São Paulo (206 km). É servido pela Rodovia dos Tamoios, Rio-Santos (BR 101) e Mogi-Bertioga.

A Mata Atlântica vive um processo de agressão desde o início da colonização, há cerca de 500 anos, e foi reduzida a apenas 5% de sua área original. A intensa especulação imobiliária no litoral, a urbanização desordenada e a destinação de parcelas da floresta, para atividades agrícolas, contribuíram não só para a degradação da floresta, mas também para a "morte lenta" da cultura das comunidades tradicionais (caiçaras e indígenas) que sobrevivem naquelas áreas. A criação de unidades de conservação, pela pressão de ecologistas que defendem a preservação da biodiversidade, sem a simultânea e adequada proteção das culturas tradicionais, contém aspectos fundamentais de resultados e conseqüências paradoxais. A Mata Atlântica ainda possui uma grande biodiversidade e um nível de endemismo vegetal elevado. O nível de destruição das florestas tropicais é preocupante, pois à guisa de exemplo, sabe-se que têm sido pesquisados apenas os compostos biologicamente ativos de 5 a 15% de todas as espécies vegetais de nosso planeta. No Brasil, o quadro é mais grave, pois estima-se que não se conhece nada sobre a composição química de mais de 99% das espécies da flora brasileira⁸.

O litoral norte possui uma bacia hidrográfica de 2.345 km², formada por corpos de água do componente setentrional da baixada costeira. É delimitada pelas encostas da Serra do Mar e pelo Oceano Atlântico. Seus municípios são: Ubatuba, Carguatatuba, São Sebastião e Ilha Bela⁹. Nesta bacia não há pontos de amostragem.

Caracteriza-se por intercalar várias praias entre os esporões rochosos. Seus cursos d'água nascem nos contrafortes da Serra do Mar e têm pouca extensão, com vazões irregulares, de caráter tonencial.

A carga orgânica de seus esgotos é de 774 Hg p/30 dia, com piora nas temporadas, não tratada, disposta em fossas sépticas ou diretamente no mar.

As praias são classificadas semanalmente quanto à qualidade de suas águas (resolução CONAMA n° 20/86 da SEMA).

⁸ Gemina Cabral BORN, *Comunidades da Estação Ecológica de Juréia-Statins, Biodiversidade e Medicina Popular*.

⁹ CETESB, São Paulo, *Relatório de qualidade de águas interiores do Estado de São Paulo*.

A CETESB possui 27 estações para controle da qualidade do ar. Possui 2 estações volantes. Não há informes específicos para o Município de São Sebastião.

A análise do sistema oficial de saúde está baseado principalmente no Plano Diretor, realizado pelo poder municipal, para viabilizar, através de planejamento, o repasse de verbas da Secretaria de Estado e INAMPS/MPAS (atual Ministério da Saúde). Outras fontes de informação, tais como IBGE, SEADE, CIS, foram consultadas. As visitas ao local e reuniões com profissionais de saúde também se tornaram um valioso subsídio.

No ofício de apresentação do Plano Diretor, assinado pelo então Sr. Prefeito Municipal Paulo Roberto Julião dos Santos, é colocado que "... a saúde, por ser um direito do povo, é prioridade em nossa Administração ..."

Ressalta, também, os custos elevados do setor saúde e a característica da população estar dispersa e ocupando toda a costa, o que modifica a necessidade de recursos humanos, materiais e financeiros. A população flutuante (turistas nas férias e feriados) também deve ser objeto de planejamento e estruturação dos serviços.

- **Demografia**

População projetada para 1989: 25.449 habitantes.

Taxa de migração: 38 %.

Coefic. de fecundidade: 137,63 (alto, mas em 1970 foi de 184,6).

O índice de Swaroop - Uemura e curvas de Néelson Morais (1970, 1975, 1980 e 1984 em São Sebastião) demonstram melhora no padrão de saúde, mas em patamares regulares.

Ressalta-se que a imigração é fator preponderante no crescimento populacional (vindos de MG e NE), com crescimento do nível de emprego na construção civil. Nas épocas de "temporada", a população chega a quintuplicar. O índice de natalidade da população é alto, sendo que o de mortalidade vem decrescendo, em especial a infantil.

Com a migração, aumentou a ocupação do solo, mas sem a devida infraestrutura (favelas, cortiços e acampamentos de obras). A população flutuante também colabora no aumento de demanda pela rede de água, esgoto e coleta de lixo e serviços de emergência de assistência médica.

INDICADOR SWAROOP. UEMURA.

ANO 1970		
FAIXA ETÁRIA	ÓBITO	%
< 1 ano	55	38,46
1 a 4	12	8,39
5 a 19	02	1,39
20 a 49	20	13,98
50 a +	54	37,76
Total	143	

ANO 1975		
FAIXA ETÁRIA	ÓBITO	%
< 1 ano	30	22,90
1 a 4	05	3,81
5 a 19	07	5,34
20 a 49	24	18,32
50 a +	65	49,61
Total	131	

ANO 1980		
FAIXA ETÁRIA	ÓBITO	%
< 1 ano	40	27,58
1 a 4	03	2,06
5 a 19	04	2,75
20 a 49	26	17,93
50 a +	72	49,65
Total	145	

ANO 1984		
FAIXA ETÁRIA	ÓBITO	%
< 1 ano	24	14,20
1 a 4	06	3,55
5 a 19	13	6,50
20 a 49	39	23,08
50 a +	87	51,48
IGNORADO	02	
Total	171	

SITUAÇÃO OPERACIONAL DOS SISTEMAS DE ESGOTAMENTO SANITÁRIO:

	TIPO DE TRATAMENTO						CORPO RECEPTOR DE ESGOTO			
	Extensão da rede (em km)	Estação de Tratamento Primário	Estação de Tratamento Secundário	Lagoa de Estabilização	Outros	Rio	Lagos Lagoa	Córrego	Oceano	Outros
Região Administr. de São José dos Campos Município de S. Sebastião	23	-	-	-	-	-	-	-	Sim	-

FONTE: ANUÁRIO ESTATÍSTICO DE SP 1988

A tuberculose e a hanseníase são endêmicas e com níveis altos. A esquistossomose está se tornando um problema, devido à migração. É citado a desnutrição como item bastante observado. Doenças infecto-parasitárias e do aparelho respiratório competem em frequência e demanda de consultas. Parecem predominar em crianças, principalmente de 0 - 1 ano, sendo que a diarreia aparece como 2ª causa de óbito. A hipertensão arterial aparece cada vez mais. A mortalidade infantil, principalmente no período neonatal, é alta (não tenho dado quantificado), indicando má assistência ao parto e gestação.

A AIDS, tem aumentado (porto de São Sebastião, proximidade com Santos, migração...)

Característica da saúde bucal da população:

Adultos: incidência cariogênica alta, incidência grande de desdentados e perda precoce de dentes

Crianças: incidência cariogênica alta, perda precoce de dentes decíduos e permanentes, elevado comprometimento dos primeiros molares permanentes, presença elevada de placa bacteriana e grande presença de cáries rampantes e de mamadeira.

* sem dados quantitativos

Os Serviços de Saúde:

Na Prefeitura Municipal de São Sebastião a Saúde está estruturada como Departamento (organograma abaixo).

DIRETORIA DE SAÚDE
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO SEBASTIÃO

Atenção primária: 8 Postos de Assistência Sanitária ao longo da Costa. Observação: em meados de outubro de 89 foi inaugurado o PAS de Boracéia (proximo à reserva indígena). Dispõem de 7 ambulâncias no Município.

Funcionamento: PAS tem auxiliar de saúde e plantão à distância com médico:

PAS Jaraguá	2 x semana (8 hs)
PAS Enseada	5 x semana (20 hs)
PAS Santa Clara	5 x semana (20 hs)
PAS Topolândia	5 x semana (60 hs - 3 turnos)
PAS Maresias	5 x semana (20 hs)
PAS Jaqueí	5 x semana (40 hs)
PAS Barra da Una	5 x semana (20 hs)
PAS Boiçucanga	5 x semana (40 hs) 2 médicos 1 G.O. (16 hs)

Consulta Odontológica (nas escolas):

- 4 dentistas
- 1 equipe PAS Topolandia - 2 cirurgiões-dentistas
- 1 equipe móvel - 44 hs/dia em Boiçucanga

CSII na sede do município (municipalizado): atua como referência de pediatria, tuberculose, M, Hansen e presidiários. Recursos Humanos: 2 clínicos, 1 pediatra, 1 ginecologista, 1 assistente social, 2 psicólogos, 1 cirurgião-dentista.

1. Hospital filantrópico (Santa Casa) com:

- Leitos : 105 clinica médica, pediatria, gineco -obstetrícia e clínica cirúrgica.

- Centro cirúrgico - 3 salas - Áreas de Apoio
- Ambulatório: 12 consultórios

Especialidades: capacidade máxima (20 hs/semanais) de necessidade (Ambulatório na Santa Casa)

Neuropediatra

Gineco-obstetrícia (2 médicos)

Cardiologia

Cirurgia geral

Psiquiatria - só atende particulares

Odontologia

Otorrinolaringologia

Pediatria

Dermatologia

Ortopedia

Gastroenterologia

Oftamologia

Psicologia

Moléstias Infecciosas.

Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico:

Laboratório de Análises Clínicas

Serviço de Radiologia

Serviço de Endoscopia

Serviço de Fisioterapia

Serviço de Eletrocardiografia

Consulta odontológica:

capacidade física: 45.900 procedimentos por ano

capacidade de recursos humanos: 19.800

Referência:

- **Laboratorial:** Instituto Adolfo Lutz (regional) em Caraguatatuba.
- **Supervisão de Controle de Endemias (SUCEN)** em

Caraguatatuba com 5 agentes e 1 viatura

Ambulatório de Especialidade: PAM (único no litoral norte)

Recursos Humanos: 2 pediatras, 1 ginecologista, 1 oftalmologista (sem equipamento), 1 cirurgião-dentista, 2 enfermeiras, 1 assistente social.

O ginecologista, 2 enfermeiros e o assistente social estão em "atividades burocráticas".

- **Serviço de Vigilância do Posto de São Sebastião.**
- **SUCAM: controle de febre amarela e dengue.**

Serviços Conveniados:

- 1 ginecologista e 1 clínico geral credenciado em CM no consultório.
- Hospital das Clínicas de São Sebastião - Irmandade de Santa Casa Coração de Jesus. Pronto Socorro: 2 consultórios, sala de inalação e medicação, sala de pequena cirurgia e curativos. Observação: 4 leitos

Ambulatório do SINDIPETRO:

Centro Odontológico e Clínica Médica.

Ambulatório Petrobrás:

Exclusivo dos funcionários, não servindo os trabalhadores de empreiteiras. Atende medicina do trabalho.

Clínicas Particulares: 5 pediatras, 2 clínicos gerais, 1 otorrinolaringologista, 2 cardiologistas, 1 endocrinologista, 1 radiologista, 1 dentista, 1 psicólogo, 1 fonoaudiólogo, 1 ginecologista

Variáveis identificadas como problema pelo sistema:

- carência de recursos financeiros
- população com baixa densidade
- população distribuída espacialmente ao longo da costa.
- população flutuante
- população migrante
- alta taxa mortalidade
- alta demanda de serviços médicos
- crescimento urbano desordenado
- carência de rede de água, esgoto e coleta de lixo
- convivência de patologias infecto contagiosas preveníveis com doenças crônicas degenerativas e acidentes.
- má assistência ao parto
- elevada incidência/prevalência AIDS.
- desnutrição (em que não basta suplementação alimentícia)
- baixa renda, moradia precária
- evasão escolar

Soluções:

Equipe de vigilância epidemiológica local.

(Aumento do grau de conhecimento do nível de saúde).

Cobertura dos Serviços de Saúde:

	Popul. total	1° atend.	Cob. na popul. (%)
SUDS Regional de Caraguatatuba	136.663	41.000	30,00
Total CRS-4	5.749.375	99.551	19,12

MOVIMENTO NOSOCOMIAL DOS HOSPITAIS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA
GERAL E ESPECIALIZADA .PERÍODO DE JANEIRO A DEZEMBRO DE 1989

	Leitos	Leitos	Entradas			Saída		Pacientes/Dia	Média
	(Planejado)	(Operacionais)	Alta	Óbito	Total	Mortalid..		Pac/Dia	
	Hosp (%)								
Total da Região									
de Caraguatatuba									
Hosp. Geral	671	583	29.157	28.310	827	29.137	2,84	112.987	308
Hosp. Psiquiátrico	1.922	1.759	7.498	7.396	26	7.422	0,35	592.695	1.619
Município de									
São Sebastião									
(H.C.de S.Sebastião)									
Hospital Geral,	109	105	4.703	5.159	116	5.275	2,20	17.942	49
Entidade Privada,									
Filantrópica									

4. Os Guaranis

Os Guaranis constituíram o maior grupamento indígena do Estado de São Paulo e podem ser classificados em três subgrupos: Kaiowá, Nandeva e Mbyá, (conforme Egon Schaden).

No Paraguai, Argentina, Uruguai e Bolívia, podem ser encontrados outros subgrupos Guarani. No Brasil algumas diferenças linguísticas e culturais foram atenuadas, talvez, devido à grande dispersão causada pelos movimentos migratórios em direção ao litoral Sudeste.

Não se tem ¹⁰ conhecimento da presença de Kaiowá no Estado de São Paulo, no entanto concentram-se em aldeias no Mato Grosso do Sul e Paraguai.

Os Nandeva vivem no Paraguai, Mato Grosso do Sul, no Estado de São Paulo, no Posto Indígena Araribá (interior) e nas aldeias do litoral (Peruíbe, Itariri e Rio Silveira). Nandeva (nós) é auto-denominação dos demais subgrupos Guarani. Mas de forma exclusiva são "os remanescentes dos bandos Tanigua, Apapocuva e outros" (Ladeira¹¹).

Os Mbyá ocupam terras nos Estados do Sul (Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul), em São Paulo, no litoral do R.S. e Espírito Santo, leste do Paraguai, nordeste da Argentina e Uruguai.

"Os Mbyá não consideram os Kaiowa como povo Guarani e enfatizam as diferenças. Aos Nandeva, a quem chamam Xiripa, fazem concessões, permitindo o casamento e compartilhando às vezes, o mesmo território. É o caso das aldeias de Itariri e Rio Silveira, que abrigam os dois subgrupos, e de onde derivam-se vários casamentos mistos. Essa maior identificação deve-se, talvez, a uma similaridade quanto à experiência religiosa desses grupos, experiência que está na base dos movimentos migratórios em direção à costa brasileira". (Ladeira¹²)

Segundo Ladeira, os Mbyá de São Paulo *"atribuem o alto grau de mestiçagem (índios e brancos) existentes na aldeia de Bananal como fator e consequência da perda de autonomia política da comunidade"*¹³ ... e têm consciência de que a administração e a consequente subordinação de suas comunidades ao Posto da FUNAI são os fatores dessa situação.

A existência de postos FUNAI caracteriza estas áreas como "terra imprópria" e, portanto, distante do ideal de ocupação Mbyá. Dentre os Guarani,

¹⁰ Dall' Igna Rodrigues ARYON classifica estes subgrupos como dialetos do idioma Guarani que pertence a punlia Tupi-

Guarani do tronco engenético Tupi.

¹¹ Maria Inês LADEIRA, *Os Índios da Serra do Mar*.

¹² *Idem*.

¹³ *Idem*.

é este subgrupo Mbyá que dá continuidade ao processo de migração em direção à Serra do Mar, que implica dispersão do grupo. Os Mbyá são os mais reservados quanto a interferências externas.

Seu contínuo processo migratório acarreta uma dispersão em núcleos, na faixa geográfica do Rio Grande do Sul ao Espírito Santo. Segundo Ladeira, *"Os Mbyá estão em contínuo processo migratório (em contraste com os Ñandeva do litoral, cuja população se encontra assentada nessas aldeias há várias gerações). Esse fato acarreta sua dispersão em "pequenos" núcleos distribuídos em faixa geográfica que se estende do Rio Grande do Sul ao Espírito Santo. Além disso, os Mbyá vêm se sujeitando a viver em condições "especiais" para por em prática, através das migrações, seu ideal religioso. Nesse sentido, a escolha do lugar onde viver parece estar também subordinada à idéia de pessoa e de localização espacial e não somente à concepção física de terra, embora essas duas condições não estejam dissociadas"*¹⁴.

4.1 A terra Guarani e a Serra do Mar.

As aldeias Guarani na Serra do Mar, até 1960, não tiveram grandes problemas por não constituírem ameaça à especulação imobiliária junto ao Litoral. Nas décadas de 40 e 50, os especuladores usaram as alianças com os índios, no sentido de garantir seus títulos de posse. Foi na década de 40 que todas as áreas Guarani tiveram este tipo de acordo. Na construção da rodovia Rio-Santos houve loteamento do próprio Parque Estadual da Serra do Mar, com a especulação imobiliária a todo vapor, o que significou aumento nas disputas judiciais. É na década de 50 que os índios da Aldeia do Rio Silveira começam a figurar nos processos judiciais. (Ladeira e Barbosa).

Os líderes religiosos Guarani estimularam estratégias de "fugir ao confronto" e só utilizaram este recurso jurídico em último caso, e só porque era uma pendência "pacífica", por ser nos tribunais (Ladeira)¹⁵.

Foi apenas a partir de 1980, e em consequência de várias pressões de entidades de apoio aos indígenas, em destaque o CTI, que a FUNAI passa a reconhecer as áreas do litoral como indígenas. Conforme Ladeira, *"a FUNAI referia-se a essa população Guarani como sendo do Paraná, desconsiderando o movimento histórico dos Guarani para o litoral"*¹⁶.

¹⁴ *Idem.*

¹⁵ *Idem.*

¹⁶ *Idem.*

A ação defendida por Barbosa, do CTI, foi pioneira. Foi quebrado o monopólio da FUNAI, de defesa dos direitos indígenas e os próprios índios figuraram como autores da ação de posse da terra.

Os Guarani do litoral paulista compreendem na realidade 3 grupos, que se diferenciam quanto a aspectos culturais e dialeto. São os Mbyá, Ñandeva e os Kaiowá.

A aldeia do Silveira, como é conhecida, foi durante os anos 40/50 a mais populosa das aldeias Guarani do litoral, obrigando a maior parte das famílias Mbyá vindas do sul do país e ainda famílias Ñandeva do litoral sul. A "mistura" entre os Mbyá e os remanescentes Ñandeva que hoje se verifica, em algumas aldeias, teve seu início nesta aldeia.

No final dos anos 30, o mbyá Miguel migrou com seu grupo familiar do Rio Grande do Sul *"para tentar alcançar o paraíso"*, conforme diz sua filha, dona Aurora¹⁷. Chegando ao litoral paulista, foram abrigados em Itariri pelo ñandeva Silvino, antecessor de Antônio Branco na liderança da aldeia de Itariri. No início dos anos 40, o ñanderu Miguel instala-se com seu grupo na aldeia do Rio Silveira. Seis anos depois, Miguel falece e sua esposa, dona Maria Carvalho, à testa do grupo familiar, parte em direção ao norte, permanecendo temporariamente em Parati-Mirim (RJ), Fazenda Guarani (MG) e por fim, em Aracruz (ES), onde fundam a aldeia Boa Esperança e vivem até hoje. O ñanderu Miguel foi enterrado no Rio Silveira.

Com a morte de Miguel e a mudança de seu grupo familiar, a chefia da aldeia do Silveira foi assumida pelo mbyá Pedro, que conseguiu agregar várias famílias Mbyá e Ñandeva das aldeias do litoral sul e famílias Mbyá originárias do Rio Grande do Sul.

Nos anos 60¹⁸, com a morte do capitão Pedro, a chefia da aldeia passa a seu filho Gumercindo, que, contrariamente a seu pai, não soube manter o equilíbrio entre os Mbyá e Ñandeva, que até então conviviam no Silveira. Muitas famílias Mbyá abandonaram a aldeia, indo se estabelecer principalmente na aldeia de Ubatuba (Boa Vista) e outras na Barragem. O capitão Gumercindo morreu em 1977, sendo, como seu pai, o capitão Pedro, enterrado na aldeia. Desde então, a chefia ficou a cargo do ñandeva Samuel Bento dos Santos, filho de Bento Samuel, que foi chefe da aldeia do Bananal (Peruíbe), durante 32 anos, até ser assassinado em 1084. A aldeia do Silveira sempre foi constantemente freqüentada pelos Guarani de outras aldeias, que ali vão à procura de matérias-primas para confecção de artesanato, de ervas

¹⁷ Depoimento de dona Aurora Carvalho, colhida por Lília Valle, em 1980.

¹⁸ Depoimentos de Fidelis dos Santos, Samuel Bento dos Santos e José Fernandes Soares, colhidos por Maria Inês Ladeira.

medicinais, ou mesmo para tratamento de saúde com o cacique Samuel (que goza de grande prestígio como curador, entre os Guarani).

No início da década de 80, o cacique Samuel, casado com uma Mbyá, promoveu o aumento da população local, possibilitando o convívio entre famílias Mbyá e Ñandeva, vindas principalmente das aldeias da Barragem, Mboi-Mirim, Boa Vista e Bananal. A aldeia do Rio Silveira tornou-se atualmente, assim como na década de 40/50, um dos mais importantes núcleos políticos para os Guarani do litoral.

A velha Joana Jurema, Mbyá do Paraguai, viveu com seus filhos na aldeia de Serrinha, em Juqueí, próximo à Barra do Una, onde se situa a aldeia do Rio Silveira. Assim, os Guarani vindos do Paraná transitavam entre Serrinha e Silveira. Quando os filhos de Jurema se casaram com brancos, Serrinha e Silveira deixaram de receber as famílias Mbyá, que preferiam ficar no Silveira. Joana Jurema foi para o Paraná. Em 1981, muito velha e cega, estando em Serrinha, ao ver seus parentes que iam para o Silveira, desceu o morro e foi caminhando a pé até o Silveira onde preferiu ficar. Joana morreu em 1984 na aldeia da Barragem, numa casa do seu tamanho.

A família que vive em Juqueí, na antiga aldeia Serrinha, "cedeu" grande parte de seu terreno, nos anos 70, a uma firma de topografia, em troca dos serviços de levantamento topográfico realizado na área. Hoje resta um pequeno terreno, que abriga os descendentes de Joana, casados com brancos. Ainda hoje, Sérgio (filho de Joana) mantém boas relações com seus parentes que vivem na aldeia dos Silveira.

O mar é percebido de forma ambígua, na visão de mundo do Guarani. O mar é um obstáculo a transpor para chegar ao paraíso e, simultaneamente, é ponto de chegada como possibilidade de realização do destino Guarani.

Clastres observa que, para o Mbyá, *"Talvez esta tradição (dos heróis que conseguiram atingir o paraíso atravessando a pé o mar) deve ser entendida, como suspeita Cadogan, enquanto memória de migrações coletivas para o leste, outrora efetuadas pelos Mbyá. Mas, com ou sem valor histórico, ela possui um incontestável valor ético: homens e deuses não estão definitivamente separados, a grande água que figura a sua separação - o mar - não é intransponível; houve homens que puderam atravessá-lo nos tempos passados e atingir a Terra sem Mal"*.¹⁹

Nimuendaju também faz referência à relação dos Guarani com o Mar: *"É muito curioso que o mar represente papel tão relevante para um povo que vive nas profundezas mais remotas do continente e cujo modo de vida é*

¹⁹ Helen CLASTRES, *Terra sem mal*, pág. 89.

*integralmente interiorano. Isto fica sobretudo evidente quando os Guarani chegam de fato ao mar. A impressão do quebrar das ondas, que, como inimigo feroz, parecem estar sempre arremetendo contra a terra, é-lhes lúgubre: acreditam achar-se diante de uma permanente e ameaçadora fatalidade... Por isso, nenhum dos numerosos bandos que atingiram o litoral estabeleceu-se na beira do mar... sempre recuaram até onde não pudessem ver nem ouvir o mar; às vezes internavam-se a mais de um dia de viagem do litoral"*²⁰ .

Ladeira faz uma correlação entre a Serra do Mar e seus mitos de origem *"ela é o dique do Mar (yuy paiãry jocoã). Na gestão de um dos heróis Ñandeva, Guyrapoty, faz-se menção explícita à Serra do Mar"*²¹ . Os antigos Tupi preferiam a orla marítima e os Mbyá e Ñandeva parecem focalizar mais a Serra do Mar. Segundo Ladeira, seu *"fundamento está no mito de origem da terra em que vivemos (Yuy pyaú)"*²² .

Pierre Clastres²³ transcreveu uma versão deste mito, que conta que esta terra (terra imperfeita) foi criada por Tupã (*Ñanderu Papá Miri* - nosso pequeno pai primeiro), no meio do oceano, e que resultou no dilúvio, destruindo a "primeira terra" (*yuy tenondé*). Ambas as terras são predestinadas à destruição: no mito, o Criador, ateando fogo à terra (no oeste) destruirá sua base (de madeira), conseguindo a inundação da Terra. A plenitude será alcançada pelos que *"se dedicarem às orações, aos cantos, danças e abstinência alimentar"* (Ladeira²⁴) Nimuendaju coloca que a causa das migrações Guarani para o leste é o medo da inundação. As terras do leste para o Guarani foram habitadas por seu antepassados.

Para Ladeira²⁵ , *"De acordo com essa tradição, as terras que buscam ocupar - e que é o motivo das migrações - são seus tekoa, lugar (a) (onde é possível manifestar a nossa) maneira de ser (teko)".* E, para os grupos Mbyá/Ñandeva migrantes, como sugere a expressão pela qual os Ñandeva atuais nomeiam o mar: *yyrekopyy*, isto é, a água (*yy*), ao lado da qual (*ypy*) somos Guarani (*reko*)²⁶ .

Seria o caso de se indagar o porquê da banda oriental do Paraguai deixar de ser, para os Mbyá/Ñandeva, *teko porã* (belo lugar), no início do século XIX.

²⁰ NIMUENDAJU, p.67.

²¹ Maria Inês LADEIRA, *Os Índios da Serra do Mar*.

²² *Idem*.

²³ Pierre CLASTRES, *A fala sagrada: mitos e cantos sagrados dos Índios Guarani*.

²⁴ Maria Inês LADEIRA, *Os Índios da Serra do Mar*.

²⁵ *Idem*.

²⁶ Expressão colhida e traduzida por Rubem Thomas de Almeida entre os Ñandeva, de Araribá-SP.

A perseverança dos Guarani foi observada por Nimuendaju, em seus relatos do início do século, sobre suas caminhadas em direção ao mar. Esta persistência pode ser observada ainda hoje, quando se forma às vezes, em locais desfavoráveis ou impróprios quanto à subsistência e recursos naturais.

Conforme Ladeira observa, *"embora controvertidos, os estudos recentes sobre os Guarani apontam que os Mbyá descendem dos grupos que não se submeteram aos encomendeiros espanhóis e tampouco às missões jesuíticas, refugiando-se nos montes e nas matas subtropicais da região do Guaíra paraguaio e dos sete povos. No século XIX aparecem na literatura com o nome genérico de Caingá ou Kayguá, explica Cadogan, provém de Ka'aguygua, nome depreciativo aplicado aos Mbyá que significa 'habitantes da mata'*²⁷.

A denominação atribuída aos Guarani, de caaiguás ou cainguás (gente da floresta), observada por Helene Clastres, é decorrente de seu estabelecimento em território, que por muito tempo foi inacessível, para fugirem de colonos e de jesuítas.

Doowy, citado por Ladeira, observou que Mbyá foi traduzido também como "muita gente num só lugar". Também pode ter o sentido de "estrangeiro, estranho, aquele que vem de fora, de longe". (Ladeira).

Codogan observou que *"o nome pelo quais os mbyá (gente ou povo) (12) se designam em suas tradições é Jeguakáva, ou Jeguakáva tenonde porangue i. Jeguakáve, em linguagem comum, significa adorno de plumas, para a cabeça: jeguakáva, no vocabulário religioso, é o nome utilizado para designar ao homem, à humanidade masculina, e jeguakáva tenonde porangue i seria os primeiros homens escolhidos que receberam o adorno de plumas (13). O correspondente feminino dessa denominação é Jachukava"*.

A base de subsistência física e simbólica dos Guarani são os recursos da Mata Atlântica. A população Guarani do Estado de São Paulo, é parte de uma sociedade maior. É necessário aceitar esta condição para qualquer ação interventora nesta população, pois suas relações de parentesco extrapolam os limites geográficos e políticos do Estado.

Ladeira enfatiza em seus trabalhos que *"é fundamental o conhecimento das especificidades culturais e do processo histórico pelos quais passaram estas comunidades, principalmente se o objetivo é obter alguma participação da comunidade"*²⁸.

²⁷ Maria Inês LADEIRA, *Os Índios da Serra do Mar*.

²⁸ Maria Inês LADEIRA, *Os Índios da Serra do Mar*.

Na avaliação do projeto de saúde desenvolvida pelo Centro de Trabalho Indigenista, Ladeira observa que o êxito de um trabalho depende ainda dos níveis das expectativas do projeto e da sua equipe. E também, pelos níveis de expectativas gerados pela equipe e pelo projeto, no interior da própria comunidade.

As "respostas" advindas das comunidades indígenas são determinadas pela sua visão de mundo, pelos seus costumes e tradições e também pelo momento histórico que vivem. E é sobre esse último aspecto que os programas de saúde têm estabelecido seus critérios e parâmetros, sem se dar conta de que os aspectos anteriores são preliminares.

Qualquer objeto que tenha sua atuação restrita, em termos espaciais, deve ter em conta essa deficiência e, de antemão, limitar também suas expectativas.

Os Mbyá vivem em processo de reorganização social contínuo, devido a sua mobilidade. *"Mas podemos", segundo Ladeira, "conceber alguns complexos territoriais e sociais através de estudos sobre as relações de parentesco e as geneologias"*²⁹.

Os levantamentos numéricos da população e controles de saúde a longo prazo têm-se mostrado eficazes *"devido às especificidades da morfologia social Mbyá, de sua cosmologia e concepção de território"* (Ladeira³⁰).

Ladeira qualifica um equívoco costumeiro, nos programas de saúde, neste trecho: *"outra questão importante que tem levado ao impasse vários programas de saúde, é o desconhecimento dos 'costumes e tradições' do grupo indígena envolvido. Os hábitos profiláticos e alimentares, os tabus, os resguardos e os preconceitos são fortemente vinculados aos mitos de origem e, em geral, ou são subestimados pelos programas de saúde ou nem sequer previstos"*³¹.

Segundo Moisés Bertoni, os princípios de higiene e a dieta alimentar Guarani são exemplares e são a razão da longevidade verificada até meados desse século, entre esses índios. Subentende-se, para tanto, em termos ecológicos, condições de vida adequadas aos padrões Guarani de existência.

A chave que liga terra, saúde e visão de mundo é citada por Ladeira:

"Os Guarani, apesar das relações freqüentes com os brancos, são profundamente religiosos e arraigados às suas tradições. Entretanto, em função do expansionismo da sociedade envolvente, suas condições de vida vêm se deteriorando acentuadamente. As poucas áreas de matas, que lhes

²⁹ *Idem.*

³⁰ *Idem.*

³¹ *Idem.*

*são hoje destinadas, não lhes permite viver segundo seus padrões, princípios e tabus. E assim, cada vez mais, vivem em constante contradição, pois o peso das tradições e de suas normas se intensificam diante das transgressões, cada vez mais freqüentes e necessárias. Os Guarani vivem, assim, em permanente e consciente 'estado de culpa'. E essa realidade está diretamente relacionada com os conceitos de enfermidade e de mal estar"*³².

A religião, para os povos Guarani, tem um peso muito grande em sua resistência ao mundo branco e, também, como pedra fundamental em sua cultura (Helene Clastres, Schaden, Cadogan, Nimuendaju e Ladeira).

A marcha para o leste, dos Guarani, está ligada à busca mítica da Terra Sem Mal ³³. Meliá, citado em Ladeira, observa que "Animicamente, o Guarani é um povo em êxodo, embora não desenraizado, pois a terra que procura é a que lhe servirá de base ecológica, amanhã como em tempos passados. Durante os últimos 1500 anos... os Guarani se mostraram fiéis à sua ecologia tradicional, não por inércia, mas pelo trabalho ativo que supõe a recriação e a busca das condições ambientais mais adequadas para o desenvolvimento de seu modo de ser... A busca da terra sem mal, como estrutura do modo de pensar do Guarani, dá forma ao dinamismo econômico e à vivência religiosa, que lhe são tão próprios"³⁴.

A noção de abundância está na qualidade e nas características dos alimentos, das plantas, dos animais e da água e tem ligação íntima com a eternidade. As casas devem ser construídas voltadas para o oriente, para propiciar os Guaranis se posicionarem adequadamente durante suas rezas. Os limites de localização das casas têm a ver com o trajeto do Sol sobre este mundo (Ladeira³⁵).

Nos mitos de origem do Guarani, conforme a região de procedência de sua alma, percebem-se as qualidades dos indivíduos que influirão no seu papel entre os pares, no casamento, em suas habilidades de subsistência (Cadogan, Ladeira).

No depoimento de Davi Guarani, citado por Ladeira, aparece a responsabilidade deste povo pela guarda do mundo: "*Nhanderu diz que construiu o mundo para seus filhos e não construiu esse mundo para os*

³² *Idem.*

³³ A Terra Sem Mal para os Guarani é a terra sem fins ou onde nada tem fim, a terra perfeita onde tudo é bom, o lugar de

Nhanderu (nosso pai) e de sua comunidade celeste, e sua localização geográfica parece apontar na direção de onde nasce o sol.

³⁴ Meliá, p. 293 in LADEIRA, M.I., *Os Índios da Serra do Mar*.

³⁵ Maria Inês LADEIRA, *Os Índios da Serra do Mar*, p.109.

*brancos. E por nós, por nossa causa, Nhanderu não destrói o mundo. Então, se o branco acabar com o Guaraní, o mundo vai sumir mesmo, Nhanderu falou assim: - O mundo que fizemos não foi feito para o branco não deve maltratar o índio, os nossos filhos legítimos. Se isso acontecer o mundo acaba, o mundo acaba, vai desaparecer."*³⁶ .

O cacique João da Silva da Aldeia Brocuí, citado por Ladeira, refere-se ao novo "fim do mundo", "que ocorrerá, conforme afirmam vários Mbyá, no ano 2000. A Usina Nuclear (Angra I) que fica bem próximo à aldeia do bracuí, aparece nos discursos dos índios dessa região como o fator desencadeador da destruição do mundo. Essa aldeia tem exercido, nos últimos anos, misto de atração e temor, pois é em suas imediações que se dará início ao fim do mundo e, portanto, da 'salvação' (que significa a ultrapassagem, com corpo e alma, à yuy maraey) ou da condenação (a destruição pela morte para aqueles que não superarem as provas).

"O primeiro terminou com água, este aqui marcaram pra ser com fogo; Deus vai resolver o momento certo, nós não sabemos, ele que sabe tudo. O branco, estudou, sabe escrever, já sabia que o mundo vai acabar com fogo, então disse, vamos fazer a Usina Nuclear o quanto antes pra tudo terminar logo com fogo. Essa Usina é a fábrica do branco, não de Deus. Então sabia que o jurá iria acabar com o mundo fazendo Usina. Ele falou que vai deixar assim. O branco não conhece a terra do índio, construiu Usina onde pedra não é firma, Itaorna. Então se o Deus quer que nós morra tudo no Brasil, então vai deixar, vai acontecer; não adianta correr. Então o índio fica tranquilo, não tem mais medo; os que têm medo já correram tudo, foram lá pro Espírito Santo. Eu não tenho medo, pra que? O Luiz, Vice-cacique, não tem medo do fogo, tá até fumando (risos). Daqui a cinco anos o senhor vai ver, vai tremer assim o mar, muito barulho, vai tremer tudo, água vai fazer barulho, roncar bastante. Então vai vim guarda, polícia com armamento, mas não vai adiantar nada. Tem muito que vai dizer pra mim, 'esse cacique velho tá louco'; mas é certo, o que nós vamos fazer? Nem casa, edifício, vai adiantar; nem avião, nem navia. Outros vão dizer, 'esse cacique tá louco, trouxe parente pra perto da Usina!' Nanderú disse para Kuarahy, 'tá certo, esse mundo tá pronto; agora vai embora que eu vou acabar tudo com fogo'. Talvez pode dar pra consertar fábrica novamente. O índio tem que rezar bastante, tem que se preparar. Vem muito índio lá do Paraguai e da Argentina, mas o nosso governo parece que não reconhece, não pergunta por que veio. O índio nunca falou, mas ele veio por causa do mar, porque o mundo vai acabar. A gente não sabe qual é o mato, qual é a serra

³⁶ *Idem.*

*que vai acabar, nós não sabemos; aí tem que ficar perto do mar pra saber se vai ter muita água. Não tem problema, se Deus quiser que escape, pode ficar perto do mar. Se o Deus enxergar que o branco não é bom pro índio, não tem amizade, aí vai castigar, o huruá vai tudo morrer*³⁷.

Segundo as pesquisas de Ladeira, a destruição do mundo é assunto em várias aldeias Guarani e dada como certa até o ano 2000. Há várias histórias que complementam e evidenciam o papel dos Guarani e o dos brancos na relação com as águas, o mato, o mar, a terra (ver tese de Ladeira). Este depoimento é ilustrativo:

*"Este mundo foi feito para nós todos. Foi para todos nós usarmos que nosso Pai deixou. Pois nós não estamos no mundo para sermos acabados pelos brancos. Nhanderu (nosso Pai) fez o mundo para todos. Os brancos não devem ter ciúmes dos matos, pois nós não vamos fazer mal aos matos, pois nós não vamos ficar igual aos brancos, pois nós não vamos fazer mal a nós mesmos. E nem os brancos devem fazer mal a nós. Pois assim, fazendo mal a nós mesmos, vamos errar par Nhanderu. E nosso corpo seria comprado pelo mal. E nós mesmos já não vamos saber como viver*³⁸

Ladeira coloca, interpretando as informações trazidas pelos Guarani e os seus mitos:

*"O complexo Mata Atlântica, Serra do Mar e o próprio mar representam o ideal de vida como transição. A Mata Atlântica, em termos de ecologia e de economia possui ainda os resquícios das primeiras criações (Nhanderu mymba). As montanhas representam a construção do mundo com as formas definitivas e o mar o desafio da possibilidade*³⁹.

Fala, também, especificamente da ecologia, que: *"A ecologia Guarani e a sua relação com os recursos naturais merecem um estudo mais detalhado, pois as relações com o meio ambiente são determinadas por regras muito bem definidas que vão compor o espaço social, político-religioso e econômico que definem o lugar possível de realização do 'modo de ser Guarani'*⁴⁰.

A classificação das criações do mundo comanda nos Guarani as normas de higiene, de saúde e de alimentação. Estudos aprofundados destas relações devem ser realizados para subsidiar os projetos de intervenção e aumentar o universo conhecido por nós.

Uma questão freqüente que limita as ações em saúde dos projetos é trazida: *"a questão mais pertinente entretanto é a desconsideração sobre as*

³⁷ *Idem.*

³⁸ *Idem.*

³⁹ *Idem.*

⁴⁰ *Idem.*

*expectativas da comunidade acerca dos 'projetos de saúde' e do 'papel do médico' ou do agente de saúde interventor. Parece que é mais claro para os índios a dimensão desse papel e o alcance da eficácia da medicina do branco, do que para os próprios agentes (brancos). Estes, de início, sentem-se estimulados pela quantidade de problemas e deficiências que vêm à sua frente, cuja resolução lhes parecem advir mais de uma determinação ou vontade de atuar do que propriamente do modo como realizar as ações"*⁴¹.

A relação dos Guarani com a terra nas aldeias do litoral foi relatada por Ladeira. *"No início do século as famílias ali estabelecidas, das quais descendem as gerações atuais, já possuíam uma estreita relação com o lugar, fundamentada no conceito de TEKOA. 'TEKO' é, conforme o significado que lhe dá Montoya (Tesouro da Língua Guarani, 1639, p. 363-366) modo de ser, modo de estar, sistema, lei, cultura, norma, comportamento, hábito, condição, costume... Assim, o TEKOA é o lugar onde se dão as condições de possibilidade do modo de ser Guarani. O TEKOA significa e produz ao mesmo tempo relações econômicas, sociais e organização político-religiosa essenciais para a vida Guarani... Ainda que pareça um paralogismo, tem-se que admitir que sem TEKOA, não há TEKO"*⁴².

Essas condições, essenciais para o desenvolvimento físico e espiritual, existem somente em lugares específicos. Nesse sentido, a própria sobrevivência e a reprodução do grupo dependem de uma forma de vida vinculada e somente possível nesses lugares, os TEKOA. A aversão dos Guarani com relação à transferência de área e o fracasso dessas tentativas (já descritas por Nimuendaju) não é injustificada. As epidemias e outros fatores que dizimaram inúmeros grupos familiares vem comprovar, a seus olhos, a necessidade de permanecerem em seus "verdadeiros lugares".

Desse modo, não é contraditória a aversão que sentem os Guarani com respeito à transferência de seus grupos para áreas não adequadas para fundar seus TEKOA (mesmo que estas sejam até mais ricas em recursos naturais), com a sua notada mobilidade. Equivocadamente, em função desse trânsito, são caracterizados, pela população envolvente, como nômades, sem parada ou eternos viajantes. Entretanto, essa dinâmica ocorre entre suas próprias aldeias ou é fruto da busca de lugares possíveis para a formação de uma nova aldeia.

As questões de terra, da mobilidade e escolha dos lugares para se fixarem, não serão discutidas aqui. Entretanto, é importante realçar que a

⁴¹ *Idem.*

⁴² *Idem.*

noção de "saúde", ou melhor de bem estar, está intimamente associada ao lugar onde viver. Essa é a condição básica para a "prosperidade" da comunidade, em seu sentido amplo, desde a organização e harmonia social da qual depende o bem estar e o sustento do grupo.

O fato de viverem hoje confinados em pequenas áreas, dada a indisponibilidade de terras decorrente da especulação imobiliária, construção de estradas, etc... que atingiram a fundo a serra do Mar, tornou-os mais pobres, sem os recursos naturais de que dispunham até meados desse século. Essa nova situação é causadora de males e doenças típicas, que afetam as comunidades Guarani que vivem sob contato intenso. E a consciência desse fato não é suficiente para apaziguar o sentimento de culpa dos Guarani, que vivem hoje em permanente estado de transgressão das normas da "boa conduta", por não conseguirem concretamente segui-las.

Um depoimento de Davi, índio Guarani-Mbyá, à CTI, em 1990, documentado pelo Centro de Trabalho Indígena, é eloqüente: *"Nossos avós descobriram esses lugares, pois eles andavam pelo mundo, pela beirada do oceano"*.

Vários projetos de saúde foram iniciados em algumas aldeias do litoral. A aldeia Morro da Saudade (Barragem-SP), por ser de fácil acesso e próxima a cidade de São Paulo, foi o tubo de ensaio de várias experiências.

As aldeias do litoral não eram, até a década de 80, reconhecidas pela FUNAI, exceto os Postos de Peruíbe e Itariri. Os Guarani do litoral não pretendiam submeter-se à política indigenista da FUNAI ou permitir a criação de postos nas aldeias. Os programas de saúde não passam pela FUNAI, mas sim pela comunidade através de suas chefias.

Os relatórios do Centro de Trabalho Indigenista tornam claro que "As ações de saúde até meados dos anos 80 tinham um caráter emergencial dada a situação precária de saúde da população. No caso das ações empreendidas por entidades civis, atuar no campo de saúde era condição preliminar para o desenvolvimento de qualquer outro programa na área econômica ou política (fundiária)".

Na década de 70, uma equipe da Escola Paulista de Medicina fez um levantamento da população da Barragem (Guarapiranga) e alguns atendimentos no local e no Hospital São Paulo, mas não conseguiu dar continuidade a estas atividades.

As experiências com o Centro de Saúde de Santo Amaro e de Parelheiros, na periferia de São Paulo, foram as primeiras ações de caráter preventivo nos que não largaram a sua formalização a nível de Estado.

A Sudelpa, em 1984, através da sua equipe indigenista formada por técnicos do CTI, elaborou um projeto de saúde específico para os Guarani do Litoral.

Ladeira observou que *"De um modo geral, os programas de saúde realizados sem a ingerência da FUNAI procuraram considerar a especificidade étnica Guarani para conduzir as suas ações"*⁴³.

Por outro lado, as limitações dos projetos, em termos de recursos materiais e humanos e de uma integração efetiva com a antropologia e com programas de caráter social, econômico e de saneamento, impediram uma ação coordenada para combater de uma forma mais abrangente os diversos "males" enfrentados pelas comunidades.

A utilização para fins de política institucional da área de saúde é fato corriqueiro na questão indígena, e pode ser observado em uma atenção de Ladeira.

Com a regularização fundiária das aldeias de São Paulo, levada a efeito através de um convênio entre a FUNAI e a SUDELPA, com a participação do CTI e do CIMI, essas aldeias passam a ser alvo da FUNAI para a instalação de Postos e/ou enfermarias.

A crítica situação de saúde em que se viam os Guarani foi o pretexto de que se serviu a FUNAI para entrar em algumas áreas, através da proposta de construção de enfermaria e contratação de uma atendente permanente na área.

Em 1985, as aldeias de Boa Vista (Ubatuba) e Silveira obtiveram sua enfermaria dentro da área. Nessa época, também houve a alocação de um chefe de posto na Aldeia do Rio Silveira.

Ladeira adota uma postura crítica, mas construída com base em exemplos cotidianos, ao relacionar as ações de saúde e as comunidades Guarani, que pode ser percebida nesta citação: *"Hoje, os Guarani tornam, como antes, a canalizar suas expectativas e seu julgamento na figura do profissional de saúde e, eventualmente, nas relações pessoais que estabelecem com este. Quanto à 'medicina do branco' e o seu 'sistema de saúde', só lhes resta o desprezo. E não é por menos"*⁴⁴.

⁴³ *Idem.*

⁴⁴ *Idem.*

5. Análise de projetos de assistência à saúde das comunidades indígenas no Estado de São Paulo, desenvolvidos por entidades diversas, nos últimos dez anos⁴⁵

A partir da procura de documentos escritos que fornecessem indicações do panorama de saúde dos índios, obtivemos alguns projetos, programações, relatórios de atividades desenvolvidas e entrevistamos alguns participantes de projetos de assistência à saúde no Estado de São Paulo. Apesar de todo o empenho em procurar o máximo de informações, devemos ressaltar as dificuldades inerentes à realização de uma análise de projetos com material, demonstrando aspectos parciais do que foi efetivamente desenvolvido e que se constituem em propósitos e intenções iniciais nos mesmos. No limite, apenas levantaremos alguns dados que permitam uma reflexão adscrita ao tema "assistência à saúde indígena".

As tentativas de ação que buscam alternativas para melhorar o nível de saúde da população em geral, ou, especificamente, de grupos indígenas, merecem nosso respeito, mas não retiram o dever do Estado em sua prestação de assistência. Pudemos observar, entretanto, em nossas experiências pessoais de projetos não governamentais ou nos relatos analisados, que existem alguns fatores que dificultam a ação, como por exemplo, a política de financiamento de projetos por tempo muito curto (em geral 1 ano - sem garantia de continuidade) das agências financiadoras. Outros fatores de peso são a relativa fragilidade das instituições de apoio à causa indígena e a participação geralmente voluntária dos técnicos, baseada, portanto, em boa vontade e disponibilidade pessoal.

Ao se conhecer a realidade de saúde das populações indígenas brasileiras, reafirma-se as conclusões da 8ª Conferência Nacional de Saúde, segundo as quais a saúde é resultante de condições de alimentação, habitação, meio ambiente, saneamento, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. Na literatura disponível e nos documentos em questão, é de opinião unânime que estes grupos estão sujeitos a uma maior vulnerabilidade dos fatores citados, que interferem e condicionam o processo saúde-doença. O Programa de Emergência Nândeva e o Diagnóstico de Saúde feitos pelo Dr.

⁴⁵ Programa de Emergência Nândeva, CTI, 1978.

Programa de Ação de Saúde - Projeto especial para ladeias guaranis, SUDELPA, 1984.

Observações sobre o Programa de Saúde aos Índios Guaranis do Estado de São Paulo, CTI, 1987.

Diagnóstico de Saúde de populações indígenas do interior do Estado de São Paulo. Dr. Rubens Belluzzo Brando - Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, 1980.

Programa de Educação de Saúde para o Parque Nacional do Xingu - Departamento de Medicina Preventiva da Escola

Paulista de Medicina, 1987.

Proposta para o Plano de Saúde a ser implantado no Parque Indígena do Xingu - EPM 1987. Escola Paulista de Medicina

tem sido referência terciária para índios, nos últimos 25 anos.

Rubens Brando indicam ações de saúde mais abrangentes do que apenas a assistência à saúde.

A saúde dos índios brasileiros é definida dentro do contexto histórico da relação de suas comunidades com a sociedade brasileira envolvente. Tendo em vista este fato, percebe-se a dificuldade de apresentação de um modelo único de atenção à saúde. As propostas de discussão de um modelo de saúde devem considerar as circunstâncias geográficas, sócio-culturais, e a existência de ações e serviços de saúde desenvolvidos e estruturados para este intento. O princípio constitucional de regionalização de ações e serviços deve ser conservado em sua essência.

O critério desta regionalização, no entanto, deve se haver com o conceito de "territórios tradicionalmente ocupados", conforme o artigo 231 da Constituição de 1988. Esta delimitação, no Sistema Único de Saúde, não deve necessariamente ater-se a limites interestaduais ou intermunicipais, permitindo o uso de critérios com uma racionalidade de ocupação do espaço de cada grupo indígena e que não o exponha às políticas locais (de municípios ou até de estados) mais ligados a interesses de grupos econômicos a quem não interessa a existência destas populações. Seria uma destribalização diferenciada, com regiões funcionais no sistema de saúde (conforme proposta discutida no Seminário de Maio de 89, em Brasília).

Pudemos observar um distanciamento entre o discurso teórico elaborado nas proposições dos projetos e programações, e a prática desenvolvida, ao se tentar efetivamente implementar atividades e serviços de saúde para as comunidades indígenas.

Neste caminho perde-se a manutenção de princípios e diretrizes, como por exemplo, a participação das comunidades nas discussões relativas à assistência à saúde, à integralidade das ações, à sua hierarquização e à garantia de acesso a todos os níveis de complexidade de atenção à saúde, para possibilitar uma assistência global. Novamente emerge a premência de se garantir a adoção de sistemáticas autônomas de referência dos distritos a serem operacionalizados com as outras instâncias do Sistema Único de Saúde.

Constantemente aparecem colocações nesses documentos, referentes ao reconhecimento, respeito e incentivo às práticas do sistema terapêutico dos indígenas, a fim de se preservar a identidade cultural, as tradições e práticas relacionadas ao processo saúde-doença. Esta intenção estava garantida na Constituição Federal anterior (1967) e no Estatuto de Índio, apesar de sua perspectiva integracionista. Na constituição em vigor, o artigo 231 dispõe que

devem ser reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, assim como o artigo 283 da Carta Magna paulista.

A dificuldade de se lograr este objetivo, apesar das intenções, no desenrolar dos projetos e programações, impede o alcance desta meta, talvez até esquecida na premência de atividades práticas e assambradoras.

Não se depreende que tenha havido formação específica dos profissionais de saúde envolvidos nos diversos projetos, no tocante a se adequarem aos propósitos manifestados. Esta colocação não deve ser tomada como crítica ácida, mas apenas evidenciar a dificuldade de capacitação de pessoal e a complexidade da coexistência de modelos explicativos diferentes (etiológicos e terapêuticos).

Aparentemente, trabalhou-se com os conhecimentos técnico-científicos de assistência à saúde e com concepções tradicionais da saúde pública brasileira. Nas fontes escritas, não pudemos observar medidas efetivas que incentivem as tradições e concepções ligadas à saúde por parte dos indígenas, apesar de ser um objetivo constantemente mencionado.

Cabe ainda esclarecer que não nos excluimos dessas críticas e considerações, uma vez que é realmente difícil manter certas premissas quando a tríade básica de projeto (tempo, equipe e financiamento) é freqüentemente "ameaçada pelas intercorrências da realidade".

Paralelamente, fica evidenciado o dilema de qual seria a mais apropriada forma de organização da prestação de assistência à saúde aos índios:

- Através de serviços próprios, permanentes, fixos e especializados na assistência ao índio, como a orientação (teórica) da FUNAI neste Estado?
- Criando equipes volantes, para a assistência periódica, mas com formação e conhecimento necessário para atuar na realidade que vivenciam os indígenas como aparece em relatos de intenção da FUNAI-Brasil?
- Com a utilização da rede de serviços ligada ao sistema oficial de saúde, sendo facilitada e assim garantindo seu acesso aos índios?
- Devem os projetos centrar-se na utilização de agentes ou monitores de saúde, para atuação permanente junto às comunidades, sendo responsáveis pela execução de ações e medidas de nível primário de assistência? Ou como sendo facilitadores no encaminhamento a níveis de atenção de maior complexidade? Ou, ainda, devem os índios atuar como supervisores de apenas um programa específico de saúde?
- Enfim: a utilização destas alternativas, esboçadas em várias combinações, pode ser defendida?

Analizados em conjunto, os projetos / programações não nos permitem vislumbrar qual seria a forma mais adequada. Seria preciso mais informação e vivência prática. No entanto, estas reforçam a necessidade de preservação do princípio de regionalização. Fica também patente o risco de atuação pluralista local, multiplicidade de envolvimento institucional, pois, teoricamente, convivem entre si ações de saúde da FUNAI, ações do setor público de saúde **(PREFEITURA, ESTADO E INAMPS / MINISTÉRIO DA SAÚDE)** e as ações de saúde de entidades de apoio não governamentais (aqui colocadas).

A diversidade de envolvimento de instituições, de concepção e racionalidades diferentes e que estão integrados e coordenados, pode significar conflitos de ação e não-determinação de responsabilidades ("tanto nos êxitos quanto nas falhas"), como de fato tem ocorrido.

Quanto ao princípio de participação da comunidade indígena nas decisões relativas à definição de ações e prestação de serviços, verifica-se que é de difícil execução. Os relatórios de atividades dão a entender a dificuldade de formação de profissionais de saúde, consoante à criação de mecanismos de participação comunitária, bem como à manutenção da imposição do saber técnico-profissional nas ações e serviços desenvolvidos.

Um sinal importante desse fato é a falta de continuidade das programações, interrompidas em curtos espaços de tempo ou que alteraram sobremaneira os objetivos iniciais, modificando-os, não só através de processo avaliativo, mas também por falta de planejamento inicial e/ou carência de recursos humanos e materiais. Como exemplo, verifica-se que as intenções do programa de 1984 da SUDELPA objetivava a assistência de urgência e a hospitalar. Já em 1986, refere-se à assistência primária a ser realizada por agentes de saúde. No meio do caminho houve falta de profissionais de saúde, principalmente de médicos, que dessem prosseguimento às proposições iniciais dos projetos, evidenciando a fragilidade a que estamos submetidos.

Constata-se, também, que, apesar do discurso elaborado pautar-se na assistência global da saúde, os relatórios mostram que as ações voltam-se fundamentalmente à "assistência médica". Não foi enfatizada a "saúde integral", as ações de fato limitaram-se a algumas faixas etárias, geralmente excluindo os adultos (principalmente os homens). Os projetos persistem em aspectos de saúde materna (e não de saúde integral da mulher), da saúde infantil e em controle de doenças parasitárias e da tuberculose.

Casos como os de doenças sexualmente transmissíveis (com exceção dos programas do Parque do Xingu), alcoolismo, diabetes, hipertensão arterial,

doenças ósteo-musculares e reumáticas, não aparecem como alvos de diagnósticos, ou de ações implementadas.

As atividades ficam restritas a esquemas vigentes e desenvolvidos pelos órgãos públicos de saúde, com limitações evidentes da concepção da ação relativa à saúde coletiva. Exemplificando, a assistência odontológica expressa enquanto intenção não tem sua consecução realizada.

Não fica evidente a utilização de critérios e parâmetros epidemiológicos que norteiem a escolha das alternativas de ação a serem desenvolvidas.

Observou-se, ainda, uma tendência à verticalização das ações e programas, com a separação de atividades para assistência médica sanitária de aquelas dirigidas para o controle de doenças transmissíveis.

Isso tende a dificultar a integralidade e coordenação das ações.

A questão fundamental a ser refletida é a dificuldade encontrada para se conseguir uma adequação do sistema de referência e contra-referência a serviços de maior complexidade, ou o atendimento das necessidades de utilização de exames subsidiários. Tais fatores levam alguns projetos a se estancarem nas atividades de assistência primária, tornando-os limitados, sem aumentar a resolutividade de serviços já existentes.

Convém ressaltar que estes projetos não visavam em momento algum substituir o dever do Estado, no caso, da FUNAI, em fornecer assistência à saúde, mas foram movidos a mitigar as dificuldades e, portanto, as lacunas deixadas pelo setor público de saúde.

Em última instância, é imprescindível lembrar que todo processo de planejamento deve comportar etapas sucessivas e interdependentes de diagnóstico, decisão, ação e avaliação. Não verificamos o estabelecimento de mecanismos de avaliação da eficácia e eficiência das ações desenvolvidas, que pudessem servir como retroalimentação do processo. Sem uma avaliação crítica, permanente, não no sentido controlista mas no intuito de dinamizar e adequar os projetos, talvez seja possível atingir os objetivos, de uma maneira mais independente da boa vontade e disponibilidade pessoal de alguns profissionais.

6. A assistência em saúde da Fundação Nacional do Índio em São Paulo

Os relatórios da Fundação Nacional do Índio - FUNAI, na área de saúde para o ano de 1990, descrevem projetos, e em sua apresentação é referida a estrutura administrativa da FUNAI. Apontam-se as diretrizes para 1990 através de um diagnóstico sumário da população indígena.

Tomando por base os princípios descritos nestes projetos, podemos tecer alguns comentários:

Na apresentação tem-se as áreas adstritas à Sede de Baurú e, nomeando-se as reservas, o total de índios (1408 - considerando Bracuí - Rio de Janeiro) e sua composição étnica (Guarani, Terena e Kaingang - tabela em anexo à pág. 277).

A equipe de saúde da FUNAI para o Estado de São Paulo tem 1 enfermeira (tempo integral), 1 cirurgiã dentista (tempo parcial), 1 assistente social (tempo integral mas também envolvida em outras áreas exceto a saúde) e alguns atendentes de enfermagem em determinadas áreas.

Nos relatórios citam-se atividades econômicas, mas não se ressaltam questões importantes e que podemos observar, tais como: o ingresso irregular de dinheiro, em geral insuficiente, com atividades econômicas marginalizadas pela nossa sociedade. É uma inserção no mercado econômico instável, marginal e provavelmente pouco satisfatório para suas necessidades de consumo. Neste e em outros trechos dos relatórios, que pudemos obter e analisar, não se evidencia que, em decorrência do pouco dinheiro, a quantidade e a qualidade da alimentação é atingida, repercutindo no estado nutricional, principalmente das crianças. Ao se mencionar a desnutrição, ficou implícito que esta se dá por hábitos alimentares inadequados e que, portanto, a intervenção educativa isolada atuaria no problema (questão técnica superada atualmente nas áreas de nutrição, pediatria e saúde coletiva, onde o papel prioritário da restrição econômica é bem aceito).

No tema desnutrição, o relatório não menciona hábitos alimentares tradicionais na cultura indígena. Os guaranis, por exemplo, têm uma concepção de mundo onde o mágico-religioso constitui um peso grande, inclusive em sua resistência cultural ao processo de integração com a nossa sociedade. Seu objetivo maior é atingir a transcendência e a divindade, e uma das formas é tornar-se leve, alimentar-se frugalmente, o que poderia ter íntima relação conflitiva com nosso padrão alimentar e repercutir no aspecto nutricional como fator de desnutrição.

Não se descreve as atividades de agricultura e pecuária no interior do Estado: se há mercado comprador garantido, se a renda é compatível, se há lucro, se todos da comunidade participam. Não se menciona se a coleta de palmito é pequena ou predatória, se há plantio para reposição. Como se dá a venda de artesanato? Existe mercado formal e garantido ?

Estas perguntas são formuladas porque pudemos observar que a venda de palmito, de banana, ou mesmo o artesanato é feito na beira das

estradas ou nas feiras livres de forma irregular, "amadorística", no intento de obter ganhos mínimos, e que seria necessário um planejamento e organização dos órgãos tutores e da comunidade para facilitar e viabilizar alternativas econômicas de fato, para as população indígenas.

A seguir, destacaríamos o seguinte trecho: **"... encontram-se em adiantado grau de aculturação, o contato com a sociedade envolvente é indiscriminado, embora preservem ainda alguns aspectos importantes de suas culturas..."** Colocam-se vários juízos de valor, ou critérios muito subjetivos, eivados de uma concepção pouco "antropológica" da questão indígena.

No decorrer do texto, trabalha-se com critérios de semelhança da população indígena com a população rural, como prova de aculturação dos primeiros, como a seguir o trecho **" estas populações possuem hábitos, costumes alimentares e vestiários que se assemelham..."** não se refere a o quê os diferencia. Faz-se referência à preservação **"... ainda de alguns aspectos importantes de suas culturas; como a língua e rituais religiosos..."**. E as relações de troca e parentesco, não são importantes? Quem julgou língua e religião como fatores mais importantes ?

E, a seguir, quando discute as ações de saúde, **"... para 1990 atenderá as comunidades indígenas... no tocante as necessidades básicas..."**, as ações praticadas e os vários indicadores de saúde não são monitorados no sentido de uma avaliação do trabalho anterior, para então, observados êxitos e fracassos, propor e dimensionar novas atividades. Conseguiu atender ? Quem ? O quê ? Quais são as necessidades básicas e quem decidiu que estas são as básicas e não outras?

Em outro trecho do relatório, **"...voltada para a prática de um trabalho a nível preventivo e educativo..."**, quem se responsabiliza pela integralidade das ações e/ou demais níveis e ações?

"...através dos sub-projetos...", que são verticalizados e sob determinada lógica superada pelo conhecimento atual na saúde coletiva e consubstanciada nos princípios do Sistema Único de Saúde, portanto sob uma lógica equivocada e em descompasso com a Constituição Federal, o Ministério de Saúde, etc.?

"...em consonância com as especificidades em termos culturais dos grupos indígenas..." usado como "chavão", desgastado por ter perdido seu sentido forte e original, isto é, sem consistência por não ser efetuado na prática, até pelo contrário, tendo ações programáticas no sub-projeto de Educação em Saúde que apontam no sentido INVERSO (vide tabela pág. 287)!

"...os sub-projetos, elegidos por nossa equipe como prioridades, são indispensáveis para o desenvolvimento destas comunidades, considerando o grau de aculturação, condições geográficas, infraestrutura e sócio-econômico, para intensificar e agilizar o atendimento de suas necessidades e aspirações". Quem é que decide, a partir de que ótica e como foi este processo de decisão, tendo em vista as profundas diferenças de concepção de mundo entre povos indígenas e a nossa sociedade, especificamente as diferenças na concepção etiológica e de cura das doenças?

Na descrição dos sub-projetos, sua concepção verticalizada, sua superposição de objetivos e sua não-integração podem ser percebidas no sumário efetuado logo adiante. Gostaria de ressaltar neste projeto a intenção (percebida nos projetos da FUNAI em geral), explicitada principalmente no sub-projeto de Educação para a Saúde, de seu desejo de intervenção na organização sócio-político-econômico-cultural dos índios, com ações de: visita domiciliar, reunião comunitária, "identificação de aspectos culturais da Saúde, introdução e/ou substituição de valores e hábitos alimentares e de higiene (reunião, palestra, curso), desenvolvimento de comportamento grupal e atitudes de cooperação (contato e reunião), desenvolvimento do pensamento crítico (palestra, material educativo etc)", enfim, com um viés controlista muito grande e com a perspectiva de integração com a sociedade envolvente!

Nestes sub-projetos é bastante interessante observar o orçamento presente, o realizado e a entrada da **FUNAI** e do **INAMPS**.

Na descrição das áreas indígenas, **"...são as que apresentam infraestrutura física e de pessoal que possibilitam melhores condições..."**. Esta infraestrutura é muito precária, em termos de recursos físicos e materiais e dispor dos "recursos humanos" significa apenas ter 1 atendente de enfermagem, sem formação ou reciclagem em cursos de capacitação, ou ainda condições reais de prestação de assistência (faltam medicamentos, transporte, etc.).

No decorrer da caracterização de algumas áreas do litoral, estas são citadas como **"assistidas insatisfatoriamente dado às condições infraestruturais precárias e existentes"**.

Não se atem à análise histórica e em que contexto essa assistência é inexistente, portanto, ao não se fazer o diagnóstico etiológico desta precariedade, dificilmente aplica-se uma terapêutica eficaz. Não é percebida no planejamento e na avaliação e, portanto, o projeto, que necessita mudar esta realidade, se dará baseado em premissas inadequadas. Só se trabalha, também, com a população que habita as áreas indígenas demarcadas, não

contemplando os índios desaldeados que moram em área urbana e peri-urbana, em situações de vida e saúde provavelmente até piores.

Na operacionalização do sistema, o relatório continua a referir-se apenas aos atendimentos básicos, sem mencionar outros níveis de atenção à saúde e sem programas efetivos e implantados para obter esta referência. Descreve como se fosse fácil e sem entraves o apoio de referências das unidades de saúde do Estado, do Município, e Universidades - tanto ambulatoriais quanto hospitalares. Esta atitude é, no mínimo, de desconhecer a realidade e, portanto, inadequada. Cita o encaminhamento para a referência especializada e específica aos índios, que é o CESAI/SP, mas sem quantificar ou qualificar este encaminhamento.

Afirma ainda que **"a situação sanitária das comunidades indígenas permite afirmar que a maioria das aldeias não apresentam condições satisfatórias para a saúde pela precariedade de saneamento básico, carência nutricional pela falta de diversificação de alimentos e a situação habitacional descrita"**.

Não faz referência às condições de acesso à água de qualidade, ao tratamento adequado de dejetos e lixos. Recoloca a questão nutricional parcialmente, assim como a moradia, como se culpabilizasse os índios, sem pensar nos determinantes históricos, culturais e econômicos dessa situação.

O conhecimento da morbidade incidente nestas populações não é utilizado como critério epidemiológico para planejar ações programáticas em saúde.

Na definição de políticas e diretrizes dos sub-projetos novamente aparece **"respeitadas as especificidades etno-culturais, privilegiando o processo educativo"**. Mas não se discute como fazê-lo e nem realmente se faz ou é uma intenção real. Trabalha-se com uma concepção equivocada, como podemos observar no trecho **"Reconhecer e incentivar a prática do sistema terapêutico tradicional, como um sistema alternativo de medicina ocidental"**. É uma afirmação que não reconhece a medicina indígena como tradicional e importante, não sendo optativa ou alternativa, mas sim como culturalmente dominante para estes povos.

Enfatiza, na política de recursos humanos, a necessidade de educação continuada, mas esta intenção não tem se efetivado na FUNAI nos últimos anos.

Quando descreve a Educação nutricional, diz que **"com vistas a preservar os bons hábitos alimentares da comunidade e introduzir novos alimentos adequados à saúde"**, demonstrando uma visão polarizada,

maniqueísta e preconceituosa da dieta dos índios, despertando e intervindo em seus padrões culturais alimentares.

Refere-se, também, à implementação do saneamento básico apesar de não dizer como, isto é, que modelo será usado, e que, nos últimos anos, parece ter ficado restrito ao discurso teórico.

DISTRIBUIÇÃO POR FAIXA ETÁRIA, DE ACORDO COM OS DADOS DO CENSO DA FUNAI 1989.

FAIXA ETÁRIA	POPULAÇÃO (Nº)
00 - 01 ano	022
01 - 04 anos	120
05 - 09 anos	
10 - 14 anos	295
15 - 49 anos	414
50 ou +	317
Total	*

*(acrescentados 277, dos quais não temos a distribuição por faixa etária) Total real = 1.267 índios ao Estado de São Paulo.

Como a FUNAI em São Paulo não dispõe de médico, todas as consultas médicas são realizadas pelo Sistema de Saúde (SUDS), sofrendo, portanto, as mesmas dificuldades descritas nas avaliações da região de saúde.

Nas regiões com baixa cobertura populacional ou inexistência de serviços específicos, as populações indígenas sofrem destes problemas, no mínimo da mesma forma que a população não índia, se não pior, pela dificuldade da língua, costumes e restrição econômica (vide **ANEXO 2**).

Nos programas que a FUNAI executa, o número de visitas domiciliares (VD) realizadas, por exemplo, nos chama a atenção. No programa de assistência materno-infantil foram realizadas 4.446 VD em 1989, e no programa de educação em saúde, 120 VD, o que totaliza 4.566 VD. Em uma população de 1.267 pessoas, isto equivale a 3,6 VD/ano por pessoa, ou 18 VD/ano por família, o que é muitas vezes acima do padrão utilizado em planejamento, que é de 0,75 VD/ano/família. Qual o significado deste dado? A estratégia da FUNAI de atenção à saúde prioriza a ida do auxiliar de enfermagem às habitações? Estas ações são eficazes ou resolutivas? Existe avaliação de sua qualidade e importância? Não seria considerado um excesso de visibilidade destes agentes de saúde, a alteração de hábitos e concepções

de saúde e doença desta população? O respeito que às vezes a FUNAI prega na teoria não seria um vetor de medicalização excessiva, em detrimento da medicina indígena tradicional e, portanto, de uma cultura? Em que modelo de saúde a FUNAI se baseia? Constatamos que, nas estratégias e modelo de saúde mais difundidos, em relação à prática dos médicos sanitaristas, não encontro a fonte teórica utilizada. Parece-me, apenas, um modelo construído a partir do acaso, do domínio da realidade cotidiana sobre o planejamento. O agente de saúde era, então, contratado e encaminhado às áreas indígenas, sem treinamento específico, seja em técnicas de enfermagem ou informações antropológicas.

Observando-se os dados da FUNAI, temos, neste ano, 10.794 atendimentos de enfermagem (programa de assistência geral e assistência à gestante) e 991 "atividades de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento" que não sabemos tratarem-se de consultas médicas, atendimento de enfermagem ou apenas controle de peso, constituindo, portanto, um dado a não ser considerado. Na população de 1.267 índios (taxa de 8,5 AE/pessoa) e segundo parâmetros da OMS, são necessários 4.928 AE (pediátrico e obstétrico) para a população de 25.499 pessoas de São Sebastião (taxa = 0,19 AE/pessoa), o que corrobora as discussões dos parágrafos anteriores. Convém ressaltar que estas taxas que utilizo não têm rigor científico de aplicação universal, só se prestando a auxiliar na comparação de dados.

No caso da vacinação, os dados da FUNAI não nos permitem saber as vacinas aplicadas segundo o tipo (Sabin, tríplice, etc) e a faixa etária e, portanto, sua cobertura como feita na análise do Programa de Vacinação (conforme se percebe nas tabelas referentes à vacinação da Secretaria de Saúde em anexo, pág.). Possuindo, entretanto, o nº de doses (1.117) aplicadas na população indígena, conforme descrito no Programa Materno-Infantil, entendo o programa aplicado de 2 formas:

1. Só foram aplicadas vacinas em crianças, portanto, na faixa de 0 a 15 anos (pop. indígena nesta faixa = 732), e gestantes (20 mulheres no ano de 1.989). A relação doses/esta população deveria ser feita, que seria de $1.117 \text{ doses} / 752 \text{ pessoas} = 1,48 \text{ dose/pessoa}$.

2. Foram aplicadas vacinas em todas as pessoas da população em que havia indicação, por exemplo, no caso de vacina antirábica nas mordeduras de cão em adulto, ou vacina antitetânica em ferimentos de adultos, e seriam 1.117 doses de vacinas em 1.267 pessoas (total da pop. indígena do Estado), com uma taxa de 0,88 dose de vacina por pessoa.

Estes dados devem ser comparados com as doses de vacinas necessárias para São Sebastião (pop. = 25.499), que corresponde a 9.794 doses ou à taxa de 0,38 dose de vacina/pessoa. Qual o significado deste dado? Os índios tomam ou precisariam tomar mais doses de vacina do que a população não índia? Estaria sendo utilizado um esquema de vacinação diferente do preconizado pelo Ministério da Saúde? Toda a vacinação, entretanto, é efetuada nos próprios serviços de saúde (municipais, estaduais e federais), devendo seguir o esquema de vacina tradicional. Portanto, os dados da FUNAI devem ser analisados sob outra ótica, dispondo de informações mais detalhadas. Como estas não estão à disposição no momento, fica a sugestão de uma avaliação mais acurada destes dados.

Ao enfocarmos o item "consultas médicas da FUNAI realizadas", temos no Programa de Assistência Médica Geral 926 CM (realizadas no SUDS), no Programa Materno-Infantil 137 CM gestantes e 991 acompanhamentos de crescimento e desenvolvimento de crianças sem especificação da atividade (CM ou AE), totalizando 1.063 consultas médicas em 0,83 cm/ por habitante. Segundo o padrão OMS de 2 cm/hab, seriam necessárias 2.534 consultas nesta população indígena (vide tabela à pág.), distribuída nas quatro áreas básicas (Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia e Gineco - Obstetrícia) e nas especialidades. Não há consultas especializadas e sabemos, conforme relatórios, das deficiências de oferta de serviços à população em geral. O mesmo raciocínio aplica-se ao acesso a exames subsidiários, tanto anatomopatológicos quanto radiológicos ou procedimentos especializados. Pode-se perceber, através das tabelas, sua necessidade premente, sendo que nos dados da FUNAI constam apenas exames protoparasitológicos de fezes realizados em algumas das áreas indígenas (775 exames em Peruíbe, Kopenoti, Nimuendaju, Icatu, Boa Vista e Vanuire).

Observamos os dados de morbidade da população indígena nos meses de julho a dezembro de 1989, (definido pelos agentes de saúde, atendentes de enfermagem da FUNAI e diagnósticos médicos esporádicos), sendo que, de 20 a 30%, estiveram doentes nesta população, chegando em dezembro a 50%, o que nos leva a concluir que, ou os índios ficam muito doentes e procuram muito o serviço de saúde, ou está superestimado este número por "medicalização" excessiva, por exemplo. Constituem, no entanto, dados a serem pesquisados e avaliados.

As doenças diagnosticadas enquadram-se, em sua maioria, na categoria "doenças infecciosas e parasitárias", sendo passíveis, portanto, de diminuição significativa de sua incidência e prevalência, com modificação das

condições gerais de vida, isto é, alimentação, moradia, trabalho, saneamento e educação. Também seriam importantes medidas de educação em saúde.

O número de casos de desnutrição, principalmente na faixa de 0 a 5 anos e com incidência predominante na faixa dos 2 aos 5 anos (desmame + oferta inadequada quantitativa e qualitativa de alimentos proteico-calóricos), varia de 12 a 20 casos ao mês. Como se trata de patologia em geral crônica e não aguda, pode-se inferir que são seguidos em média 16 casos (os mesmos?) ao mês. Os dados variam muito mês a mês, o que nos leva a questionar sua consistência. Quem faz o diagnóstico de desnutrição, com que parâmetros e de que grau de desnutrição está se falando? No entanto, 16 casos em 144 crianças de 0 a 5 anos, ou uma taxa de $(11,11\%) = 11,5$ casos em 120 crianças de 2 a 5 anos $(9,58\%)$, é considerado um alto índice de desnutrição, que merece avaliação e intervenção.

Existe uma grande lacuna de informação sobre doenças que pertencem à categoria crônica-degenerativa, tais como o diabetes e a hipertensão arterial, que nem sequer são mencionadas. Também não se faz referências a distúrbios situados na esfera da saúde mental e, apenas para exemplificar, a incidência de alcoolismo é grande, sendo que pudemos constatar-la nas visitas e entrevistas efetuadas nas regiões.

Não se dispõe, igualmente, de informações sobre as mulheres, como por exemplo, câncer de útero ou de seio. Não existem? E quanto aos fumantes? E o uso de anticoncepcional?

Pudemos observar que a oferta de serviços de saúde é falha em quantidade e qualidade. Na prática, é muito difícil o acesso a consultas, até mesmo nas áreas básicas; não existem realmente ações programáticas. As consultas médicas oferecidas dizem respeito em geral a ações curativas e esporádicas, portanto, sem eficácia, eficiência ou resolutividade a médio e longo prazos. Não existem programas que tenham critérios epidemiológicos e sociais, e com metas objetivas de intervenção e melhora do padrão sanitário destas populações.

Na falta de atividades rotineiras e de informação adequada é preciso considerar com muita reserva os dados de saúde disponíveis, porque não é próxima a relação da FUNAI com as populações indígenas, pela ausência de profissionais de saúde, infraestrutura material e física. As considerações decorrentes se encaminham mais em direção a probabilidades do que a um diagnóstico de saúde.

Nos relatórios mensais de atividades da FUNAI - Bauru constam 156 pacientes internados durante o ano, na população do Estado de São Paulo de 1.267 indivíduos, o que significa que a taxa de internação é de 12,3%

No Estado de São Paulo temos seguido o IBGE de 32.361.700 habitantes em 1989 (21,95% da população brasileira), com 3.041.473 internações, segundo a DATAPREV (22,33% de internações do Brasil), com um gasto de Cr\$ 1.187.117,10. A taxa obtida de nº internação/ população é de 10,64%. No Brasil tivemos na população de 147.404.300 habitantes um número de internações de 13.622.466, o que significa uma taxa de 10,82%.

7. A experiência no atendimento clínico, área de Silveiras , São Sebastião

As considerações serão feitas a partir de relatório de atividades fornecido pela Dra. Mamy, da Secretaria Municipal de Saúde de São Sebastião, e de observação participante⁴⁶.

Como surge o projeto Ambulatório-Reserva Indígena para a Secretaria Municipal de Saúde?

A partir de uma necessidade comum e vivenciada pelos integrantes da equipe de saúde da Costa Sul de São Sebastião, que na prestação de assistência nos PAS (Pronto Atendimento à Saúde) notaram as condições de abandono dos moradores da Reserva Indígena de Boracéia, aliada à ansiedade dos funcionários locais da FUNAI (2), em relação à saúde desta comunidade.

Sucedeu-se às reuniões informais um atendimento ambulatorial, apesar das condições precárias de estrutura física e material. O ingrediente principal do trabalho foi o entusiasmo, e a equipe esperava *"com o tempo nos integrarmos com a comunidade indígena, entendendo seus costumes e crenças, de modo a respeitá-los e em busca de um equilíbrio entre a nossa noção de saúde e a da comunidade"*. O limite estava dado quanto ao tempo disponível a tal projeto e à dificuldade de identificação desse "Equilíbrio". Nessa época fica estipulada a ênfase a ser dada à assistência curativa e, apenas em um segundo plano, a discussão das linhas programáticas.

O apelo das ações práticas sobrepuja a questão "como fazer?" e a equipe *"busca em conjunto a integração entre a intervenção médica e odontológica e a concepção de saúde-doença-cura da comunidade"*.

A equipe acredita que o processo é lento e que a orientação mais valorizada seria a de *"oferecer a esta comunidade uma certa garantia de não*

⁴⁶ O trabalho foi desenvolvido de 9/89 a 2/91, pela equipe composta por:

Dr. Aldo Pedro Concliano Junior, Dra. Elizabeth Edna Duarte, Dra. Sandra Mamy Umehara, Dr. Leo Jardim Alves de Souza, Dra. Marisa Aufgusto Abrunhoza, Dr. Luis Roberto Rosa Tourinho.

sermos apenas uma tênue e passageira esperança, como tantos outros projetos".

Existem muitas dificuldades, tais como o transporte de doentes, a comunicação em geral e até o material de trabalho. Existe o "aval" institucional, mas que não se materializa, devido aos limites da política de saúde.

A divulgação desta experiência, vivenciada pela equipe de trabalho, pode ser o catalisador da soma de esforços de várias instituições, com o intuito de obter uma Ação de Saúde eficaz (em termos de resolutividade e consistência).

A maior preocupação é a de oferecer alternativas ao sistema observado, que é apenas de pronto atendimento, medicalização e paternalismo, ao qual estas comunidades estão submetidas.

Com esta base de ações programáticas e em face aos grandes limites (tempo, instituição, recursos), não se deve esperar um diagnóstico perfeito dentro de "padrões epidemiológicos". Trata-se, então, do possível e esperado, e não de um ideal. Colocaremos, portanto, os dados obtidos pela equipe, durante o período de agosto de 89 a dezembro de 1990, com a ressalva de que as consultas odontológicas e médicas também podem ter sido efetuadas em outras unidades de saúde e portanto não foram computadas.

Estes demográficos dados estão contidos nos demais capítulos e, apenas a título de resumo, esclarecemos que no município de São Sebastião os índios Guarani se concentram em 2 núcleos populacionais, sendo um deles próximo ao litoral do Bairro de Boracéia e o outro às margens do Rio Silveira, na Mata Atlântica, e portanto de acesso mais difícil. A população flutuante é característica dos Guaranis, tendo a sua migração importância fundamental em sua cultura (detalhada em capítulos anteriores).

Existe um contato com a sociedade envolvente que não é homogêneo. Algumas crianças freqüentam a escola pública (comum) de Boracéia e alguns adultos têm atividades de lazer com a população local.

População em dezembro/janeiro 1990, a partir de nosso levantamento:

Pop.	dezembro	janeiro	Total
00 - 01 ano	1	1	2
01 - 04 anos	7	6	13
05 - 14 anos	14	13	27
15 - 35 anos	10	28	44
+ de 35 anos	6		
TOTAL	38	48	86*

* acrescente-se 5 crianças (até 14 a.) ausentes e são moradores.

Temos uma população jovem, isto é, 47 (do total de 91) pessoas têm até 14 anos.

Foram realizadas 275 consultas odontológicas neste período, distribuídas segundo a faixa etária.

0 a 14 anos	170	C.O.
adultos	105	C.O.
Total	275	C.O.

Nestas consultas odontológicas as atividades realizadas foram:

Procedimentos	Número
Restaurações	213
Extração de dente permanente	76
Remoção de tártaro	17
Não especificado	14

Os índios eram levados ao consultório da Unidade Básica ou da Escola com o carro particular do funcionário da FUNAI. Atualmente, devido à avaria mecânica do veículo, o serviço está suspenso. Na área, a auxiliar de enfermagem da FUNAI realizou 37 aplicações tópicas de flúor e 1.105 bochechos fluorados, mas sem supervisão direta do odontólogo.

Houve 468 consultas médicas distribuídas conforme a idade (faixa etária), na tabela:

Faixa etária	Nº de Consultas médicas
0 a 14 anos	329
Adultos	101
Gestantes*	38
Total	468

* As 38 consultas de pré-natal foram realizadas em 08 gestantes, neste período, portanto com concentração de 4,7CM por gestante.

Crianças:

A vacinação é feita através de campanhas e rotineiramente, quando solicitado pela FUNAI. Não há carteira individual de vacina, portanto não dispomos do quadro real de cobertura criança a criança. Foram feitas as seguintes doses de vacina:

BCG	13 doses	(faixa etária 0 a 1 ano)
Sarampo	11 doses	(faixa etária próxima 1 a)
Sabin	1ª dose - 5	(faixa etária 0 a 1 ano)
	2ª dose - 8	(faixa etária 0 a 1 ano)
	3ª dose - 6	(faixa etária 0 a 1 ano)
	Reforço -	(faixa etária 0 a 1 ano)
	Reforço - 29	(faixa etária 2 a 5 anos)
Tríplice	1ª dose - 5	(0 - 1 ano)
	2ª dose - 7	
	3ª dose - 5	
	Reforço - 2	
	Reforço - 6	(2 a 5 anos)
Toxóide-tetânica	1ª dose - 12	(6 a 15 anos)
	2ª dose - 19	(6 a 15 anos)
Anti-tetânica	Dupla Adulto 2	(11 a 15 anos)

A vacinação é computada em um livro de registro, onde constam a dose e tipo de vacina, faixa etária e data de aplicação, sem identificação do vacinado.

No período em questão não morreu nenhuma criança e houve 8 nascidos vivos. Não se tem registro de abortamentos.

Foram submetidas à avaliação de peso e altura na mesma época, dezembro de 90 a janeiro de 91, e podemos observar sua distribuição nos gráficos utilizados pela Secretaria Municipal e pela Estadual de Saúde, para acompanhamento de crescimento .

Foram feitos gráficos para indivíduos masculinos e femininos, na faixa etária de 0 a 4, a 11 meses, e 5 a 14 anos, como se pode observar a seguir.

Os índios são aparentemente menores e menos pesados quando comparados à nossa população, mas este é um dado de observação empírica e que pode servir de tema a outros estudos.

A tabela de doenças predominantes na área, neste período da experiência, foi feita pela auxiliar de enfermagem da FUNAI e computa casos atendidos. São diagnósticos médicos e também casos de atendimento de enfermagem. A título de ilustração na faixa etária de 0 a 1 ano, os casos de diarreia, em numero de 46, significam que houve 46 atendimentos, mas não sabemos quantas crianças tiveram diarreia no período. O mesmo raciocínio é aplicável aos demais dados.

Mulheres:

Foram acompanhadas 8 gestações sem intercorrências graves. Os partos foram: 03 domiciliares e 04 hospitalares. Uma das gestantes encontra-se próxima a termo.

A vacinação anti-tetânica realizada foi dividida em 03 - 1ª dose e 04 - 2ª dose.

São encontradas grandes dificuldades rotineiras na realização da prevenção do câncer e planejamento familiar. São questões pontuais, mas que merecem atenção multidisciplinar para se obter uma atitude e ação programática conseqüente.

Adultos com vacinação antitetânica

1ª dose - 33

2ª dose - 26

Reforço - 01

Não existem atualmente casos suspeitos ou diagnosticados de moléstia de Hansen ou de tuberculose. Foi encontrado 1 caso de tuberculose contraída há muitos anos e que foi, inclusive, submetido à lobectomia pulmonar.

Constatou-se 2 mortes entre os adultos, mas não se tem diagnóstico da "causa mortis". Um desses casos teve até atendimento de urgência para insuficiência respiratória, mas veio a falecer imediatamente.

No período, foram efetuados exames de protoparasitológico de fezes por uma funcionária (bioquímica) da FUNAI. A FUNAI tem como meta a realização destes, duas vezes no ano. A constatação da parasitose intestinal e seu tratamento são feitos de forma global, sem registro individual.

Quando necessário, a equipe municipal de saúde também solicita o exame, mas sob critério médico, tratamento e registro individual do caso.

No período, tem-se exames de:

- outubro 89 - Realizados 39 PPF com 26 positivos
13 negativos
- setembro 90 - Realizados 86 PPF com 64 positivos
22 negativos

Além da coleta do exame e tratamento dos casos, não foi tomada nenhuma medida preventiva geral visando diminuir a incidência de parasitoses.

A seguir podemos observar o tipo de parasitose encontrada, mas sem contagem de ovos ou referência a poliparasitismo.

Resultados dos exames protoparasitológicos de fezes, área indígena de Silveiras, Município de São Sebastião, Estado de São Paulo, Brasil 1989/1990:

Mês/Ano Exames (PPF)	Indivíduos com resultado positivo	Indivíduos com resultado negativo	Total
outubro 89	29	13	42
setembro 90	64	22	86

Resultados de exames protoparasitológicos de fezes, área indígena de Silveiras, Município de São Sebastião, Estado de São Paulo, Brasil, mês de setembro de 1990:

Faixa etária	Ascaris Lubricoides	Giardia Lambliia	H. nana	Ancilostoma duodenale	S. Stercoralis	T. Trichiuris	Taenia sp	Total
0 a 14 a	19	12	23	6	8	1	0	69*
15 a ou +	18	0	4	5	0	3	1	31*
Total	37	12	27	11	8	4	1	100*

*estes números são discrepantes ao nº de indivíduos com resultados positivo por poli parasitismo em alguns casos (quadro anterior).

Resultado de exames protoparasitológicos de fezes, área indígena de Silveiras, Município de São Sebastião, Estado de São Paulo, Brasil, mês de outubro de 89:

Exame (PPF) Faixa etária	Ascaria Lumbricoides	Giardia Lambila	S. Stercoralis	E. Histolytica	H. nana	Ancilostoma duodenale	Total
maiores de 14 a	16	7	2	2	1	1	29
menores de 14a	0	0	0	0	0	0	0*
Total	16	7	2	2	1	1	29

*não tenho dado disponível quanto a se foram colhidos apenas PPF de > de 14 anos ou se foram negativos todos os PPF de < de 14 anos.

Considerações finais:

1. Os profissionais de saúde são responsáveis por uma área abrangente do Município de São Sebastião, com pequena parcela do tempo dedicada especificamente à comunidade indígena (Vide **Anexo 3**).

2. Foi dado um grande passo na Secretaria Municipal de Saúde, com a decisão institucional de reconhecer a especificidade da saúde dos índios .

3. A estrutura operacional desta assistência ainda é muito precária. São necessários recursos para equipamento, remédios e transporte, uma vez que serviços rurais em população dispersa são mundialmente reconhecidos como mais dispendiosos.

4. A avaliação de 16 meses destas ações, prestadas em visitas semanais, ou até quinzenais em muitas fases, demonstra um impacto epidemiológico aparentemente pequeno. Foi importante a percepção do grau de dependência de remédios, o paternalismo e o descaso que esta população indígena encontra a sua volta. Evitou-se maiores agravos à saúde, mas não se interferiu na qualidade de vida, pois mantém-se o mesmo grau de desnutrição, parasitose intestinal e condições de alimentação, higiene.... Esta constatação nos remete à abordagem mais ampla, pois saúde não é apenas ausência de doença ou prestação de serviços médicos. Depende de fatores muito mais gerais de condição de vida, trabalho, casa, escola, lazer, e que não sofreram alterações. São necessidades que devem aparecer nos projetos para obtermos impacto nos indicadores de saúde (Vide **Anexo 3**).

5. As dificuldades e desafios de um programa desta natureza evidenciam a necessidade de saídas institucionais com projetos viáveis. Não adianta apenas disponibilidade e entusiasmo para mudanças no nível de saúde de uma população. Há que se ter vontade política e, então, concretizar medidas para viabilizar uma equipe multidisciplinar com recursos materiais adequados.

V. CONCLUSÃO

As ações de saúde podem ser exercidas nas várias etapas da trajetória da vida. O momento inicial é de importância transcendental: *quando e como* fazê-lo, sem descuidar-se de sua intervenção com o ambiente.

A importância do ambiente físico e social sobre o indivíduo e seu gradiente de sanidade é tão grande, que ações de saúde individuais têm pequeno impacto nos indicadores de saúde (mesmo nos tradicionais).

As ações de saúde sobre o ecossistema fazem parte do processo gerador de saúde. A melhoria do nível de vida se traduz em indicadores de alimentação, moradia, vestuário, lazer, condições de estudo, saneamento, saúde, transporte e trabalho.

No discurso sanitarista tradicional, os problemas de saúde pertencem à população, agrupada por idade, sexo e zona geográfica. São enfocados sob uma ótica de mercado, de problemas de consumo e de conduta.

Ampliando esta perspectiva, a epidemiologia trabalha na construção de um novo modo de entender a saúde/doença coletiva, enquanto processo social e político. São projetos de investigação, onde se discute a vida e o trabalho, enquanto processos. São utilizados parâmetros quantitativos e qualitativos, sendo que estes últimos com maior enfoque sobre fatores econômicos e de classe social. A incorporação da questão cultural, não apenas como variável e sim como processo propriamente dito, é uma iniciativa muito recente e minoritária.

O planejamento clássico em saúde também trabalha com parâmetros rígidos e quantitativos e, nas últimas duas décadas, vem acarretando a discussão sobre a participação democrática dos "atingidos" pelos projetos e a existência do conflito como parte integrante e importante do processo.

É, também, a partir do planejamento estratégico na saúde, em que "os atores sociais de determinado cenário" podem questionar o saber e o poder "técnico", que se percebem várias relações entre a organização e o meio ambiente.

Os planejadores em saúde também estão "descobrendo" a importância de fatores culturais que, em geral, são vistos como obstáculos a visões unilaterais de "progresso". As ciências sociais participam destas discussões em questões convergentes e nos levam a rever evidências e postulados anteriores, consagrados na doença e na saúde.

A história da medicina pode ser percebida de forma linear. Para alguns (talvez para a maioria de historiadores e médicos), partiu-se de crenças

mágico-religiosas (superstições) e conquistou-se "a maturidade", com o triunfo da "objetividade" baseada no enfoque sobre o corpo-máquina biológico. Para outros (talvez para a minoria), a medicina parte de uma concepção objetivista de homem doente e vai observando a variável "relacionalidade" em toda sua complexidade.

A cultura biomédica difusa e dominante dentro de nossa sociedade ocidental e as representações de doença não se constroem sem a influência dessa mesma sociedade.

Essa cultura, possuidora de social e imaginário próprios, não tem a neutralidade que a ela se atribue. Todo o discurso da doença compreende um trabalho de elaboração e seleção que se deriva de uma visão teórica (escola de pensamento).

Em nosso discurso médico, "*transformamos sentimentos em noções intelectuais e trocamos automaticamente imagens concretas em elementos abstratos de diagnóstico*" (*Les cliniciens et les lettres*, Victor Segalen, Paris).

No modelo estritamente materialista, repele-se ou subestima-se o fator ideológico cultural na análise científica. As considerações referentes aos sistemas cosmológicos, como indicadores entre culturas distintas e linguagens que possam permitir sua compreensão, não constituem questões facilmente colocadas.

A busca de modelos de base metacultural é uma forma de romper a tradição médica vigente e projetar o horizonte histórico-cultural através de linhas de força (Anderson, Timberlake, Menendez, Dias Guerrero).

O que é a doença?

São grandes as diferenças do estar doente, sentir-se doente, e o doente diagnosticado (*ilness, sickness, disease*), entre indivíduos e povos. No seu sofrer e no modo de reagir às doenças, são várias as conceituações que surgem, e percebe-se a necessidade de contextualizar seu aspecto histórico-social-cultural (Auge, Young, Laplantine, Zempleni).

Conforme o grupo sócio-cultural, existem formas específicas de perceber e explicar as noções de saúde e doença, que variam segundo sua visão de mundo, de vida e morte, seu sistema de valores e crenças, sua relação com o desenvolvimento e o universo relacional. Estas noções mudam com o tempo, são dinâmicas, afetando mentalidades e estruturas sociais (Schlesinger, Junqueira, Baruzzi).

Neste processo de investigação, deve emergir uma relação com a tradição/modernidade que ultrapasse primeiro o romântico e o bucólico, e depois o "democratismo cultural", inspirado nas tradições da "gente brasileira".

Não basta apenas o respeito às tradições e valores referentes à saúde, alimentação, religião, educação e lazer, quando o poder do capital desmorona os valores de tempo, trabalho, propriedade, terra, enfim, da própria cidadania.

Podemos enumerar várias questões emergentes:

A oferta de serviços de saúde melhorou ou piorou a vida? A saúde, o bem estar e a qualidade de vida são funções do sistema de saúde? Quais são os indicadores mais adequados ao sistema de saúde e à interface saúde/meio ambiente/desenvolvimento? Há uma questão de fundo que me parece forte: é possível uma norma de saúde idêntica, valendo para e por todos?

Reconhecer os níveis de espaço e as comunidades (locais, nacionais e regionais) implica a relativização dos conceitos e o direito de ser diferente.

No Brasil as áreas sociais não têm sido priorizadas na distribuição de verbas (quantitativa e percentualmente), e a utilização do dinheiro público tem se caracterizado pela dispersão na máquina burocrática e pela corrupção (sob várias formas), sendo reservada apenas uma pequena parte para a execução de políticas de saúde.

As questões fundamentais envolvidas nessa temática são:

1. Dificuldade de acesso aos serviços de saúde, falta de transparência das instituições e desarticulação nas várias áreas de saúde;
2. Falta de igualdade e equidade na prestação da assistência (bem como na sociedade);
3. Dificuldade na participação da gestão, fiscalização e acompanhamento de ações;
4. Descentralização política e administrativa, ou centralização?;
5. Incorporação de tecnologias discutida sob todos os aspectos, para que se evite a medicalização e a tecnologização de ações de saúde

As populações mais atingidas pela distorção política de saúde, que não está sendo efetivamente pública, são marginalizadas pela nossa sociedade segundo critérios étnico-raciais (índios, negros, brancos, judeus, etc.), sócio-econômico-culturais e de populações urbanas e rurais de acordo com suas diferentes formas de ocupação do espaço ambiental (seringueiros, cortiçados, favelados, moradores de periferia urbana, garimpeiros, etc.).

No entanto, pude observar, no decorrer desses anos de prática médica, que a incorporação de tecnologia sem uma análise crítica também conduz à "má qualidade" de assistência (até em grandes hospitais de primeira linha na cidade), atingindo inclusive as elites que têm acesso à escolha. Portanto, minha crítica ao sistema de saúde não se restringe apenas ao sistema oferecido às camadas mais pobres, é muito mais ampla.

1. O imaginário social

Nossa civilização de respostas e certezas não sabe como lidar com o desconhecido, o medo e a sombra. A imaginação e a representação não são vistas por si, mas sempre referidas, como percepção, sensação e realidade.

O reflexo nas fronteiras do social-histórico, em sua quantidade e qualidade, vem se situando nos domínios da lógica-ontologia herdada e, portanto, segmentada (fragmentária).

As questões são pensadas, abrem-se e ampliam-se espaços de discussão, mas logo a seguir se pratica um reducionismo, pelas motivações e formas utilizadas na imaginação e no imaginário.

Ninguém (ou nada) garante a coerência e a identidade do modo de ser dos objetos, portanto da lógica e da ontologia. Menos ainda, a coerência, que por ventura existe, ser da mesma ordem e do mesmo tipo do já conhecido. Especialmente o imaginário radical e o social histórico implicaram um questionamento profundo da significação.

O ser como sentido único e no múltiplo (Platão, Aristóteles ou Hegel), sendo *ento* um sentido determinado (determinismo) e a visão hegel-marxista da sociedade e da história: "*soma e seqüência de ações de uma multiplicidade de sujeitos, determinados por relações necessárias e por meio dos quais um sistema de idéias se encarna num conjunto de coisas (ou o reflete)*". Esta visão em excesso torna-se, na história efetiva, a ilusão, o acaso, a contingência.

"A causalidade é sempre negação da alteridade, posição de uma dupla identidade: identidade na repetição das mesmas causas produzindo os mesmos efeitos, identidade última da causa e do efeito, posto que cada um pertence necessariamente ao outro ou os dois a um mesmo" (Godelier).

É, no entanto, a questão da sociedade e da história essencialmente uma questão de origens das diferenças e da natureza?

O reducionismo da história e da sociedade/natureza nos encaminha à natureza biológica do homem e a seu representante, que é o funcionalismo. Todavia, este torna-se apenas um causalismo e daí, portanto, a supressão da questão. E a grande questão imposta é o surgimento da alteridade radical, o novo absoluto.

Kant acha e encobre o que denominou de imaginação transcendental. Hegel e Marx só dizem o fundamental ao transgredirem "*o saber sobre ser e pensar*". Freud também oculta sua indeterminação enquanto imaginação radical.

Compartilho as perguntas de Castoriadis¹ : *"O que é a unidade e a identidade de uma sociedade? Como e porque há alteração temporal de uma sociedade, em que alteração, e o novo, o que significa? Em que e porque há várias sociedades? Porque há diferença entre sociedade e se então existe a aparência, porque o idêntico aparece como diferente?"*

Qual a dinâmica do pensamento herdado para pensar uma coexistência e o modo de estar junto de uma diversidade de termos?

Não tenho maneiras de pensar a sociedade dentro destes limites, como coexistência ou como unidade de uma diversidade.

Na lógica herdada, não existe o "pensável" como unidade de uma pluralidade ou de um conjunto determinável de elementos distintos e definidos. A história não pode ser pensada por esquemas tradicionais de sucesso, mas como emergência da criação ou alteridade radical.

A interdisciplinaridade, ao reconhecer saberes e trabalhar na transversal do conhecimento, desrespeita os limites e, portanto, as barreiras. Abala o *"status quo"* e, portanto, questiona o poder. É esta a grande arma ou o "calcanhar de Aquiles" da discussão trazida pela diversidade e pelo reconhecimento das minorias. É um processo contra-hegemônico ao poder instituído.

Os enfrentamentos em toda a América Latina constituem um claro exemplo de um processo de busca de justiça e auto determinação dos povos, tornando implícito o controle das riquezas naturais em benefício de todos.

A dimensão e os desafios do processo saúde-doença evidenciam a precariedade das abordagens fragmentárias de áreas especializadas do conhecimento. O diálogo fundamental entre áreas do saber na direção de suas conexões, de uma síntese, apontam para um modelo teórico que compatibilize indicadores quantitativos, mas relacione indubitavelmente os fatores qualitativos.

É uma estrutura modelar matricial em que as variáveis têm entradas em um sistema aberto e interação não apenas associadas, mas potencializadas. É um modelo que enaltece todo o processo de pensar e estabelecer conexões, e não apenas o produto final.

As interpretações tentam transcender as variáveis tempo e espaço indo na direção de uma teoria holística, reconhecendo a interação não-linear.

No processo de investigação qualitativa das condições de saúde na perspectiva das "minorias" (critério sociológico), incorporou-se a variável

¹ Cornelius CASTORIADIS, *A instituição imaginária da sociedade*.

cultura na metodologia utilizada na epidemiologia e planejamento em saúde, num marco teórico de análise dialética.

Este é um objetivo de longo prazo e que conviverá com vários percalços na correlação de forças que configuram uma diversidade de idéias de "pensar" e "fazer" saúde e doença. Esta idéia não é concorrente, mas sintonia com a realização de projetos de pesquisa que tenham o endereço de valorização do Homem (individual e coletivo) em seus múltiplos aspectos e especificamente em seus direitos de cidadania.

2. "Necessidade da população" X requisitos de um modelo de saúde mais democrático

A questão fundamental a ser discutida: a que interesses deve servir o sistema de saúde? E quem deve, portanto, traçar suas diretrizes? As necessidades de saúde sentidas pela população e o setor de técnicos mais diretamente envolvidos é que devem dar forma ao modelo assistencial de saúde.

Considera-se muito pouco utilizar nossos "óculos institucionais", mas, ao aperfeiçoar uma terceira visão, que esta seja o resultado de um amplo processo de discussão de um modelo que possa atender determinados requisitos, tais como:

- atenção integral à saúde. O indivíduo inserido na família e na comunidade.
- enfoque clínico-epidemiológico e social na solução de problemas de saúde.
- melhor acesso da população e atenção médica quanto à distância, tempo e recursos.
- melhor qualidade de atenção médica em termos técnicos, científicos e com enfoque humanista.
- equipe multidisciplinar de saúde com educação continuada garantida.
- integração docência-atenção de saúde nos serviços.
- reconhecimento do status da atenção primária similar à hospitalar. Os vários níveis de atenção devem ter qualidade e um sistema hierarquizado de encaminhamento.

- melhor controle de gastos e do custo dos sistemas.
- reconhecimento das diferentes representações de saúde e doença da população e de seus sistemas etiológicos e de cura.
- avaliação de influências ecológicas e ambientais na saúde.
- recolocação da saúde como marco fundamental em um enfoque holístico do processo saúde-doença e a enfermidade como exceção e não regra.

Ao utilizar, como parâmetro básico, as necessidades de saúde da população, qualquer reorientação de atividades ou serviços deve observar esta diretriz. Daí esbarrarmos sempre na atualidade de aumentar o grau de conhecimento e discussão do conceito, tão comentado ultimamente, "as necessidades da população".

Ao levarmos o conceito de necessidade à especificidade dos povos, a noção de diversidade recupera a percepção de saúde e doença no cotidiano das pessoas e, portanto, recoloca a questão em pauta.

A percepção de anseios e necessidades desta população impede que apresentemos modelos prontos e acabados de intervenção e pressupõe um projeto democrático e conjunto.

As categorias que trabalham no setor saúde têm saberes compartimentados, e um dos mecanismos que tenta viabilizar a comunicação através de "línguas" tão diferentes é o grupo multidisciplinar. A redefinição da relação médico-paciente, ampliando para uma relação equipe de saúde-população, tem sido minha preocupação cotidiana, independente do local de trabalho ou cargo/função exercido.

Ao ampliar o campo da medicina social na interface com o meio ambiente, através das ciências ambientais, coloca-se como fundamental a leitura que as várias áreas do conhecimento fazem dos problemas, com evidência na transdisciplinariedade.

Na perspectiva neoliberal, o caminho para a modernidade confronta com a realidade entre integrados e não-integrados, os que consomem e os que não consomem, ou apocalípticos (utilizando a categoria adotada por Umberto ECO), revisitando aquela expressão que compara o Brasil com uma "Belíndia" (a Bélgica do 1º mundo e a Índia das Castas ou a distribuição espacial dos guetos da África do Sul). No Rio de Janeiro tem sido freqüente a proposição de "zonas seguras" para parte da população e turistas, como foi mostrado na ECO-92.

Este cenário se daria, ao Sul do Equador, com a diluição do conflito Leste-Oeste e a subsequente redivisão internacional em três blocos (Japão,

China e Tigres; Europa, inclusive Leste e Urss; USA, Canadá e México). Não parece haver nenhum vislumbre de atenuação dos problemas Norte-Sul. (Guimarães, Reinaldo)

Giovanni Berlinguer², ao debater a situação do Planeta face à ruptura da solidariedade, usou um a metáfora exemplar: *"A imagem de nosso planeta como uma astronave, cujos passageiros devem encarar um destino comum, não somente é sugestiva, mas também realista"*.

Citando outra expressão náutica, mais tradicional: *"Estamos todos no mesmo barco"* (Guimarães). *"No entanto, quando o barco afunda, a diferença é revelada. No naufrágio do Titanic, em 14 de abril de 1912, entre os passageiros britânicos morreram, 10% dos que viajavam na 1ª classe, 16% da 2ª classe e 45% da 3ª. É um episódio real, mas também a metáfora de uma condição humana difusa."*

"Para justificar esta assertiva," segundo Guimarães, "é preciso migrar da transição demográfica, para a transição nosológica, fenômenos relacionados, mas distintos. Este, também chamado de substituição nosológica, tem "em MC Keown seu melhor explicador e foi lá que aprendemos que nos países de industrialização antiga, as doenças da pobreza (a maioria delas incidentes nas faixas jovens da população) foram completamente substituídas pelas ecopatias e ergopatias (mais incidentes no adulto e no velho), primeiro pela melhoria das condições materiais de vida, depois pela Reforma Sanitária (ao menos na Inglaterra) e só mais recentemente pelos avanços tecnológicos diretamente vinculados à prática médica".

A visão de mundo que personifica a civilização ocidental como centro do mundo ainda permanece. Mas este barco está com o casco velho e cheio de furos, que aumentam. O modelo hegemônico da racionalidade científica moderna tem sido muito discutido nos últimos anos e seus limites têm ficado cada dia mais evidentes. Minha expectativa é a de que novas ordens surjam de experiências nascidas ao Sul do Equador, tendo a certeza de que não é apenas um simples desejo nacionalista, mas uma avaliação ponderada de cenários futuros. Há cerca de 15 anos, pensar as minorias ou procedimentos de cura que não fossem "científicos" era uma heresia para a maioria das pessoas. É claro que haviam alguns intelectuais de vozes dissonantes, como Moscovici e Edgar Morin, na Europa, e aqui sanitaristas, como Mário Chaves, Carlos Gentile de Mello ou Pessoa.

Entretanto, as correntes políticas ideológicas de tendência mais à esquerda, dos românticos utopistas e anarquistas do século passado,

² Durante a abertura do VI Congresso Mundial de Medicina Social, em 1989, nas Ilhas Canárias.

passando por Marx, até os "mitos atuais do socialismo", o real e o teórico, discutem estas questões há muito. É recente a incorporação de temas ambientais ou saúde/problemas das minorias no cenário da MÍDIA, dominada pelo capitalismo. Não há ingenuidade em se pensar que as correntes de direita não discutam estes temas, mas há que se notar uma maior penetração ou, diria, visibilidade dos mesmos na pauta de discussões. A conquista de espaço nos meios de comunicação é nítida. A direita ficou mais conscientizada? Melhoramos nossos argumentos? Ou estamos em crise?

Atualmente configuram-se os momentos históricos de ruptura de paradigmas, até então aceitos, e o surgimento de novas verdades. As idéias já existiam, mas sempre represadas. Agora, passam a serem vistas como possibilidades reais. O mundo caminha para uma forma mais feminina, equilibrando o masculino predominante, plural e de pequenos grupos que se interrelacionam. Há muito estas idéias são sentidas. Há 15 anos parecíamos loucos celerados por pensar e ousar falar nestas tendências. Quem ousava falar no cotidiano era discriminado como "bonzinho mas um pouco esquisito". Era necessário ter um currículo acadêmico e um grande nome para transparecer seriedade nestas idéias diferentes. Hoje, em meio a tantos modismos, já é possível o slogan: "Viva a diferença!" A pluralidade não assusta tanto. A democracia pode ser plural, o feminismo torna-se feminino e a ecologia não é algo de "gente esquisita bem nascida". O operário do ABC protesta contra a água suja da represa da Guarapiranga e a dona de casa da Penha fala da péssima qualidade do ar de São Paulo, megalópole. Nossas crianças já conhecem os índios brasileiros e torna-se mais raro as professoras que vestem nossas crianças de apaches no dia do Índio.

Ressurgem movimentos de valorização da cultura nacional, mas com uma diferença importante: parecem-se menos com o "estilo broa de milho" de cultura popular e mais com os espaços de vivência e a divulgação da cultura.

3. *Banlieue* do mundo desenvolvido

A avaliação do desempenho do governo brasileiro nas políticas públicas da área social, especificamente em saúde e na questão ambiental, não leva a arroubos de otimismo. Há um grande descompasso entre o discurso e a prática. Temos acompanhado um mecanismo de desmonte dos serviços públicos pela falta de financiamento e investimento de qualquer ordem.

As análises dos setores sociais no governo indicam claramente a tentativa de preservar a estratificação de clientelas, na linha do discurso "minha gente" e "descamisados", para as populações na faixa da pobreza. Esta

é a linha de consumo, de clientela e não da definição de Direitos Universais da Cidadania, estabelecida na Constituição.

Esta lógica aprofunda as desigualdades no acesso ao cuidado e à saúde. É a liquidação do setor público de saúde e a montagem com financiamento estatal do empresariamento da assistência médica. Basta apenas relancear números, pois, se 82% dos Hospitais do país são privados, ao lado de 1,4% de Postos e 0,7% de Centros de Saúde privados, temos apenas a lógica contábil em ação. A atenção primária que não dá lucro fica com a iniciativa governamental e os setores menos onerosos são loteados para a iniciativa privada. A crise sanitária grave e a deterioração das condições urbanas e rurais fica mais evidente mediante a persistência de problemas como o dengue, a febre amarela, o cólera e o desconhecimento das ecopatias.

Avaliações mais abrangentes do nível de saúde e acesso aos serviços públicos de Saúde na população indígena, tanto do ponto de vista estatístico quanto qualitativo, não constituem a regra, aqui no Brasil. Esse comentário não significa desconhecimento, mas é indicativo da prioridade de informações em nosso país. Os profissionais que, direta ou indiretamente, se envolvem com a saúde da população indígena sabem muito bem o caos e a precariedade do atendimento de saúde e os agravos a que estas populações são submetidas.

A situação grave em muitas comunidades, gerada por problemas tais como posse de terra, contatos com frentes de colonização e recursos naturais explorados predatoriamente, constrói uma terra de conflitos em potencial que se traduzem em violência, alcoolismo, epidemias e desagregação social. Estes fatores dizimam populações e trazem sempre presente o risco de extinção das mesmas.

A questão indígena é relevante pela sua importância histórica, cultural e social. A saúde emerge nesta problemática, porque o processo de contato com o "homem ocidental" constitui um determinante de primeira grandeza neste quadro. As diferenças culturais profundas entre a nossa civilização e as populações indígenas, quando espelhadas no binômio saúde-doença, têm de ser ressaltadas. Não se trata apenas de hábitos alimentares ou corporais, e sim da própria concepção de saúde, interpretação e comportamento face às doenças e suas práticas de cura utilizadas "desde sempre".

Neste panorama multifacetado, emergem várias formas de assistência à saúde, através de várias organizações (governamentais, filantrópicas, religiosas, entidades civis e indivíduos isolados) e com características muito diversas, às vezes até conflitantes. A maioria destas ações restringe-se ao nível primário de atenção, convivendo com grandes deficiências de

infraestrutura, tais como a falta de transporte ou de vacinas. Atenção mais complexa ou hospitalar tem a carência absoluta como regra geral.

Programas de saúde que fogem a estas regras, muito pouco alvissareiras, são isolados e dependentes de muito empenho pessoal de "raros teimosos".

No ano em que se "comemora" 500 anos de América, convém não esquecer que estimava-se 3 a 5 milhões de índios no Brasil, que foram reduzidos a 1.200.000 no começo do século (são estimativas da FUNAI e da UNI). Atualmente restam apenas cerca de 240.000 pessoas.

Os vários graus de contato com a sociedade envolvente e a heterogeneidade dos problemas de saúde, diferentes quanto à região geográfica e à etnia, devem ser variáveis que originam diferentes soluções assistenciais. Um ianomâmi na floresta de Roraima tem diferentes necessidades de saúde se comparado a um Guarani da periferia da Grande São Paulo.

A política indigenista do Estado deve ser mais explícita e democrática, não servindo apenas aos interesses da "doutrina de segurança nacional". Os projetos de desenvolvimento (do tipo Polonoroeste ou agroindústrias do Sul do país) ou energéticos (do tipo hidrelétricas) têm que ser decididos pelo Congresso Nacional e respeitando o meio ambiente, conforme preconiza a Constituição Brasileira.

Na Constituição Brasileira, promulgada em 1988, houve conquistas na área social, especificamente na saúde, que contêm princípios afins com o ideário de saúde como direito de cidadania. Foram contempladas com estas conquistas a universalidade da cobertura e do atendimento, a saúde como direito de todos e dever do Estado, a participação da comunidade na gestão administrativa, a descentralização, a integração da Rede Pública de Serviços e os três níveis de direção (federal, estadual e municipal), o financiamento pela seguridade social, mas não houve destaque à questão da saúde indígena.

4. O acesso ao sistema

Os sistemas de Saúde têm, como objetivo fundamental, propiciar acesso oportuno e suficiente a serviços, aos membros de uma comunidade. Acessibilidade implica existência do serviço, amplitude e disponibilidade quantitativa e qualitativa, isto é, satisfação adequada de necessidades. A utilização do serviço é a prova de acesso, ou seja, localização geográfica pertinente e ausência de barreiras (econômicas, sociais, culturais, de organização, etc.).

A disponibilidade de recursos deve ser compatibilizada com o direito à Saúde. Na avaliação da destinação de um orçamento, pode ser lida a verdadeira opção na política de Saúde de um governo.

Fica evidente a precaridade dos recursos físico-financeiros na prestação de ações de saúde, direito constitucional de todo cidadão brasileiro e dever do Estado, executado pela agência governamental responsável pelos índios.

O quadro a seguir é ilustrativo:

1990	Pop.residente no Brasil %	Orçamento %	Assist. Saúde (NC\$ 1.000,00)
Índios	1.46	0.02	9.273.000
Pop. não-índia	98.44	99.98	3.708.442

FONTE: dados contidos na proposta orçamentária para o exercício de 1990, datada de novembro de 89 e elaborada pela Comissão Especial de Seguridade Social (Decreto Presidencial 97947 de 11.07.89).

O que equivale a dizer que a população tem 73 vezes mais orçamento disponível para sua saúde do que os índios. (sem esquecermos os dados anteriores e históricos - o Brasil aplica pouco em Saúde !)

Para a Saúde e Assistência Previdenciária :

1990	Pop. residente no Brasil %	Orçamento	Saúde + Assist. à Saúde %
Índios	1.46	9.273.000	0.0016
Pop.não-índia	98.44	57.019.009.000	99.984

A população indígena tem 91,25 vezes menos verbas que a brasileira, para Saúde e Previdência. Se estabelecermos uma relação com o PIB gasto no setor saúde, teremos:

População 1989	7,64 %
Projeção para 1.990	11,96%
Relativo aos Índios	7,8%

O gasto com saúde previsto para 1.990 aumentou de 7,64% para 11,96% na população geral (reivindicado pelos profissionais de saúde e pela população). No entanto, os índios perfazem 63,9% do gasto do PIB da sociedade geral, o que demonstra menor priorização ou maior discriminação negativa.

As grandes mudanças do cenário mundial com a derrubada de paradigmas e os "Ventos do Leste" reacendem as questões diferenciadas de minorias étnicas. O Brasil não pode se furtar a esta influência da "aldeia global".

A dificuldade de acesso do público (e de técnicos) à informação e a falta de discussão de políticas governamentais compõem o cenário brasileiro, que intencionalmente deixa as populações à margem nos processos decisórios (planejamento e execução de ações).

Na sede regional da FUNAI, em São Paulo, a equipe de saúde não dispõe de mecanismo próprio de transporte (carro, ambulância). Não dispõe de nenhum médico sequer, nem de antropólogo, indigenista, sociólogo... . E nas áreas indígenas (apenas em algumas, não em todas) dispõe de atendentes de enfermagem. Os profissionais não são submetidos a reciclagens periódicas em assuntos técnicos e não são postos a par das alterações de políticas e estruturas do setor público de saúde e da abordagem antropológica quanto às nações (ou mesmo temas gerais) indígenas.

Desde sempre, as ações em saúde foram "oferecidas" às populações indígenas do Estado de São Paulo pelos poderes municipais, estaduais ou federais. Vêm sendo mantidas através de Postos de Saúde Municipais, Postos Ambulatoriais e Hospitais Estaduais, Hospitais Filantrópicos e Ambulatórios - Hospitais do Inamps. Estas ações passam por todas as dificuldades de ausência de especificidade e barreiras de acesso.

As áreas de saúde e educação sempre foram usadas pelo Governo, através de ações concretas e interventoras, para efetivar a política indigenista, que é integracionista e baseada no desenvolvimentismo econômico (vide anos 70) e que quer retornar neste novo e moderno governo. Camuflados no discurso de preservar a cultura indígena, os índios serão "harmonicamente integrados à nação". Não se pergunta ou se oferece opções de escolha aos povos indígenas. A história tem demonstrado que os coloca em nossa sociedade, mas marginalizados e como cidadãos de segunda classe.

A introdução do dinheiro e o estímulo de consumo (sandália havaiana, calça jeans, relógio no pulso e rádio de pilha, seu novo visual) atuam como clivagem de seu modo de produção e organização social. A política paternalista da FUNAI incentiva os índios a se assemelharem ao "padrão branco de ascensão social", e cria "novas" lideranças, que não são as tradicionais e culturalmente legítimas, introduzindo um novo poder.

Instituições como a FUNAI estão deliberadamente despreparadas para os objetivos declarados. É uma das grandes máquinas que consome seu parco

orçamento apenas para sua sobrevivência, sem dispor de seus fundos para as finalidades originais. É indicador expressivo da ausência de vontade política de resolver a questão, seja de saúde, de educação ou de demarcação de áreas indígenas.

5. Saúde como direito de cidadania e como dever do Estado.

Os regimes jurídicos contemporâneos das nações da América refletem fundamentalmente as atitudes e o marco político dos impérios coloniais de seu estabelecimento à independência. Esta influência profunda se estende à forma e conteúdo do regime político e jurídico. Atinge as atitudes e as expectativas da sociedade frente ao governo, e o papel do Estado frente ao povo. Influi na idéia de "direitos humanos", que o homem comum acredita.

A colonização através de "degredados" e uma igreja forte são a nota importante no processo brasileiro, e de uma forma genérica, é muito visível na abordagem da questão indígena.

A Constituição Federal de 1988 busca a redefinição dos papéis institucionais, tendo por base alguns princípios: universalização e equalização do atendimento à saúde; descentralização na gestão dos serviços; integração institucional entre os vários órgãos e entre os vários níveis de atenção; novas relações entre os serviços públicos e os privados; definição de uma política de recursos humanos e de ciência e tecnologia, e desenvolvimento de formas de participação de profissionais e usuários nos serviços de saúde.

Embora em termos concretos a diretriz de universalização pareça se desenvolver com a incorporação crescente de novos segmentos da população, o acesso aos serviços, por parte de cada segmento, se mantém diferenciado, impedindo a realização da perspectiva de equidade no direito aos serviços de saúde. A resolução dessa questão depende fundamentalmente da definição e concretização de uma política diferente de financiamento no setor, portanto de vontade política, de uma distribuição mais equânime dos serviços no espaço geográfico e de uma reorganização administrativa com atribuições claras de competências e responsabilidades.

No Brasil e em São Paulo, no setor público, uma série de políticas definidas e transformadas em programas não são implantadas. Há um hiato entre o discurso, demonstrando uma priorização real diferente dos pressupostos iniciais.

Ao analisar a máquina administrativa, são evidenciados os processos administrativos inadequados, a baixa cobertura e eficiência, os serviços não

integrados. Persistem uma série de óbices à utilização e à qualidade dos serviços.

Nos aspectos sócio-comportamentais da realidade, persistem muitas resistências à mudança, atividades e práticas de saúde diversas não convivem entre si. É patente a não-participação da comunidade na tomada de decisão. Devo ressaltar o alto grau de problemas sociais que atuam como determinantes de primeira grandeza no processo saúde-doença.

A relação médico/paciente é insatisfatória, a medicina desumanizada, as práticas médicas são condenáveis e as questões relativas à pouca informação e consentimento do paciente podem ser bastante notadas.

Para avaliar a situação de saúde no Município de São Sebastião, trabalhou-se com indicadores de cobertura das necessidades de saúde e de grupos prioritários. A intenção foi de analisar a qualidade dos serviços de saúde associada a seu efeito e custo.

A discrepância entre o real existente e o ideal planejado é percebido nos vários capítulos. Suas razões são múltiplas e foram sendo citadas, mas o foco de luz permanece na hipótese central que aponta o fator cultural como prioritário e não devidamente reconhecido.

A questão ambiental não aparece claramente na formulação das políticas de saúde. Ressalta-se, em geral, mais a sua ausência e, mesmo quando surge no cenário, a importância do cultural não é evidente.

Apona-se a diferença entre população geral e população guarani: a oferta de serviços de saúde é menor e seu orçamento setorial é mais reduzido.

As respostas devem nos direcionar às causas históricas, às concepções diversas de mundo e especificamente à relação Homem/Natureza.

A questão cultural está intimamente ligada a uma postura democrática e plural, aliada a uma visão ética.

Os achados que foram sendo apontados durante este trabalho podem trazer contribuições compatíveis com a melhora dos serviços de saúde e a capacitação dos recursos humanos. Podem ser utilizados como informação e vivência, em questões similares. É importante frisar, também, que questões de saúde podem ser resolvidas com ações amplas e recursos extra - saúde, assim como a participação da população nas tomadas de decisão.

Poderia, por fim, recomendar um investimento maior de recursos nos setores discriminados negativamente, tais como os grupos indígenas, com o objetivo, em nome da justiça, atenuar desigualdades em direção à equidade.

VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

001. A comprehensive health care program for American Indians and Alaska Natives. Indian Health Service, U.S. Department of Health and Human Services.
002. A saúde do Índio. Saúde em Debate. Edição especial, Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES, 1988.
003. A saúde do Índio, o SUDS e a Nova Constituição. São Paulo, Secretaria de Saúde, seminário 28 abril 1989.
004. ABRAMO, Perseu. Pesquisa Social - projeto e planejamento. Sisi Hirano (organizador), Biblioteca Básica de Ciências Sociais - série 2a - textos, volume I, São Paulo, Editora T.A. Queiroz, 1979.
005. ACOT, P. História da Ecologia, R.J., Campus, 1990.
006. AHMAD, Paul I. and KOLKER, Aliza. Bridging the health gap: the use of indigenous resources in meeting the manpower requirements of the WHO definition of health. Pp. 13.
007. ALANEN, Pentti. Health Sciences and Natural Sciences, Ontological independence or reductionsm; Social Policy and Health: philosophical, ethical, economical, legal and epidemiological aspects. 6th European Conference on Philosophy of Medicine and Health Care. Budapest, Hungary, August 1992.
008. ALEXANDER, David. Culture and the environment in Italy. Dept. of Geology and Geography, University of Massachusetts, Environmental Management, vol.9, no. 2,p.121.
009. ALMEIDA FILHO, Naomar de. Epidemiologia sem números. Uma introdução crítica à Ciência Epidemiológica. Rio de Janeiro, Campus, 1989.

010. Alternativas sobre saúde indígena. Documento final, Museu do Índio. Rio de Janeiro, simpósio fevereiro 1985.
011. ALTMAN, Irwin, and CHEMERS, Martin. Culture and environment. Cambridge, USA, Cambridge University Press, 1984.
012. ANDERSON, Joan M. Ethnicity and illness experience: ideological structures and the health care delivery system. Social Science and Medicine, 22(11):1277-83, 1986.
013. ANDEZIAN, Sossie. Nouvelles Représentations de La Santé et de La Maladie: La Dialectique entre Traditions et Modernité. CNRS - Institut d'Estudes et de Recherches Interethniques et Interculturelles, Université de Nice.
014. ARENDT, Hannah. A condição humana, trad. Roberto Raposo, 5a ed. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1991.
015. ARIÉS, Philippe e DUBY, Georges. História da vida privada São Paulo 1.990, trad. Hildegard Feist, Companhia das Letras, vol. I, 635 p.
016. AUGE, Marc. L 'anthropologie de la maladie, 1 'Home', vol. XXVI, 1986.
017. AUGE, Marc e HERZLICH, Claudine. Le sens du mal: anthropologie, histoire, sociologie de la maladie, Paris, Ed. Archives Contemporaines, 1983.
018. BAKHTINE, Mikhail. Marxisme et la philosophie du langage.
019. BALANDIER, Georges. Sociologia da colonização. Cap. II.
020. BARATA, Rita Barradas. Epidemiologia: Teoria e Método. 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia Campinas 2 à 6 de setembro de 1990.
021. BARTHES, Roland. Toward a psychosociology of contemporary food consumption. European Diet from Pre-Industrial to Modern

Times,

p.46-59.

022. BASTIDE, Roger. Sociologie et psychanalyse. Paris, Puf, 1974, p. 221-223.

023. BASTOS, Silvia da Rocha e outros. Manual para elaboração de projetos e relatórios de pesquisa, teses e dissertações. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Kougan.

024. BATES, Maryann. Ethnicity and pain: a biocultural model. Social Science and Medicine, 24(1):47-50, 1987.

025. BAURÚ. Programação de Saúde para o exercício de 1990. Boletins de produção de 1989. Fundação Nacional do Índio. Administração Regional, 1a. Superintendência Executiva Regional.

026. BERGER, Peter e LUCKMAN, Thomas. A construção social da realidade. Rio de Janeiro, Vozes, 1974.

027. BERLINGUER, G. Medicina e Política. São Paulo, CEBES - HUCITEC, 1978.

028. BERLINGUER, Giovanni, TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury e CAMPOS, Gastão Wagner de Souza, Reforma Sanitária - Itália e Brasil, trad. Tania Pellegrini, São Paulo, Editora Hucitec Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 207 p.

029. BERMAN, Marshall. O declínio do homem público, São Paulo, Cia. das Letras.

030. BERMAN, Marshall. Tudo o que é sólido desmancha no ar - As aventuras da modernidade. São Paulo, Companhia das Letras, 1988.

031. BERTALANFFY, Ludwig von, ASHBY, W.R. e outros. Tendencias actuales de la Teoria de Sistemas. , Edit. Madrid, 1981.

032. BERRY, J.W. An ecological approach to cross-cultural psychology. Netherlands Journal of Psychology, 1975, p.30, 51-84.
033. BERRY, J.W. Ecology of cognitive style: comparative studies in cultural and psychological adaptation. New York, Sage/Halstead, 1976.
034. BIRCH, Stephen. Planning for inequalities. Access to health care, access to health and ethical dilemmas for policy makers. 6th European Conference on Philosophy of Medicine and Health. Social policy and health philosophical, ethical, economical, legal and epidemiological aspects. Budapest, Hungary, Aug 1992.
035. BLAU, P. Exchange and power in social life. New York, Wiley, 1964.
036. BORELLI, Silvia Helena Simões. Os Kaingang no Estado de São Paulo: constantes históricas e violência deliberada. Índios no Estado de São Paulo: resistência e transfiguração, vários autores. São Paulo, Ed. Yamkatu e Comissão Pró-Índio de São Paulo, 1984. p. 21-45.
037. BOHM, David. Hidden values and the implicate order. Londres, ed. J. Hiley e F. David Peat, Routledge & Kegan Paul, 1987, p. 38.
038. BORN, Gemina Cabral. Comunidades caiçaras da estação ecológica de Juréia-I, biodiversidade e Medicina popular,
039. BOSI, E. Memória e sociedade. Lembrança de velhos. São Paulo, 1979.
040. BOURDIEU, Pierre. O poder simbólico, trad. Fernando Tomaz, Lisboa, DIFEL - Ed. Bertrand Brasil, Coleção Memória e Sociedade, 1989, 311 p.

041. BRAGA, J.C.S. e PAULA, S.G. - Saúde e Previdência. Estudos de Política Social. São Paulo, CEBES - HUCITEC, 1981.
042. BRANDÃO, Carlos Rodrigues, Plantar, colher, comer, Rio de Janeiro, Graal, 1981.
043. BRANDÃO, Carlos Rodrigues, Identidade e Etnia, São Paulo, Ed. Brasiliense.
044. BRANDO, Rubens Belluzzo. Diagnóstico de saúde de populações indígenas do interior do Estado de São Paulo.
Departamento de Medicina Legal e Medicina em Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP.
045. BRASIL. IBGE. Departamento de População. Diretoria de Pesquisas, Anuário Estatístico do Brasil 1.989.
046. BREILH, Jaime e outros. Deterioro de la vida. Um instrumento para analises de prioridades regionales en lo social y la salud.
Quito, Centro de Estudios y Assessoria en Salud, 1990.
047. BREILH, Jaime. La epidemiología entre fuegos. Medellin, Memorias del Taller Latinoamericano de Medicina Social, Julio 27-31, 1987, p. 35-59, p.47-48.
048. BROWNER, C.H. A methodology for cross-cultural ethnomedical research. Current Anthropology, 29(5):681-702, 1988.
049. BUARQUE DE HOLANDA, Sergio. Visão do Paraíso, São Paulo, Cia. Editora Nacional, 1969.
050. BUNGE, Mario. Metafisica, epistemologia y metodologia de los niveles en estructuras jerarquicas. White L., cols Alianza Universidad España, 1973.

051. BUSNO, G. Introduction à une histoire de la sociologie de Pareto.
Genebra, 1966.
052. CALDEIRA, T.P.R. A política dos outros. O cotidiano dos moradores da
periferia e o que pensam do poder e dos poderosos. São
Paulo, Ed.
Brasileira, 1984.
053. CAMPOS, Gastão Wagner de Souza, MERHY, Emerson Elias e
NUNES,
Everardo Duarte. Planejamento sem Normas. São Paulo,
Editora
Hucitec, Coleção Saúde em Debate 23, Série Didática 1,
1989, . 134 p.
054. CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Os médicos e a política de saúde.
Entre a estatização e o empresariamento. A defesa da
prática
liberal da Medicina São Paulo, Ed. Hucitec, 1988.
055. CÂNDIDO, Antonio. Os parceiros do Rio Bonito.
056. CANGUILHEM, Georges. Ideologie et Rationalité dans les de la vie, 2a
ed., Paris, Ed. J. Vris, 1981.
057. CARDOSO, R. G. C. Festa no pedaço: lazer e cultura popular na cidade,
São Paulo, Brasiliense, 1984.
058. CARVALHO, Edgar de Assis. (Org.) Godelier, São Paulo, Ática, Coleção
Grandes Cientistas Sociais nº 21, 1981.
059. CARVALHO, Edgar de Assis. As alternativas dos vencidos: índios
Terena
no Estado de São Paulo. Rio de Janeiro, Ed. Paz e Terra,
Coleção
Estudos Brasileiros, v.33, (tese de doutoramento em
Antropologia
da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Rio Claro,
São
Paulo), 1979, 135 p.

060. CASTELLANOS, Pedro Luis. Avances Metodologicos en Epidemiologia. 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia Campinas, 2 a 6 de setembro, 1990.
061. CASTELLANOS, Pedro Luis e NOGUEIRA, Jarbas Leite. Epidemiologia em serviço de saúde - diagnóstico. 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Campinas, 2 a 6 de setembro, 1990.
062. CASTELLANOS, Pedro Luis. Metodologia para Investigação de Saúde e Desigualdade,
063. CASTELLS, M. A questão urbana, Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1983.
064. CARNEIRO DA CUNHA, Manuela, O Direito do Índio. São Paulo, Brsiliense, 1987.
065. CASTORIADIS, Cornelius. A instituição imaginaria da sociedade, trad. Guy Rynaud, São Paulo, Ed. Paz e Terra, 2a. edição RJ, 1986, 418 p.
066. CASTRO, M.H.G. Descentralização e política social no Estado de São Paulo. Tendências e perspectivas. Revista CEPAM, Ano ii,1; jan/mar 1991.
067. CEARÁ. FEBEMCE. Secretaria da Ação Social (SAS), A Medicina dos Tapebas. Rio Ceará - Caucaia.
068. Centro de informações do Hospital São Paulo.
069. CHARTER, R. A história cultural. Entre práticas e representações. Memória e sociedade. DIFEL.
070. CHAUMEIL, J.P. Voir, savoir, pouvoir. Le chamanisme chez les Yagua du Nord Est péruvien, Paris, Ehess, 1983.
071. CHESNEY, Alan P., et. alii. Barriers to medical care of Mexican-Americans: the role of social class, acculturation, and social isolation. Medical Care, 20(9):883-891, Setptember 1982.

072. CHOI, Yearn Hong. Editor chefe de Environmental Management, vol.9, n°2, p.95.
073. CLASTRES, Pierre. A sociedade contra o Estado: pesquisas de antropologia política, trad. Theo Santiago, Título original: La société contre l'État: recherches d' anthropologie politique, Edisons de Minuit, 1974; Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1978.
074. CLASTRES, Pierre. A fala sagrada: mitos e cantos sagrados dos índios Guarani, trad. Nícia Adan Bonatti, Campinas, São Paulo, Papirus 1990, 144 p.
075. CLASTRES, Helene. Terra sem mal.
076. CLAWSON, Joseph C. and WILNSON, Donald E. Human values: a historical and interdisciplinary analysis. Perspectives in Consumer Behavior, 306-17, 1981.
077. Coletânea da Legislação Básica (SUDS). Brasília, 1989.
078. COLL, Josefina Oliva de. A Resistência Indígena, trad. Jurandir Soares dos Santos, título original La resistencia indigena ante la conquista, publicado pela Siglo XXI Editores S.A., 1974;. São Paulo, Editor Eduardo Bueno, Coleção L & PM / História, Série: Visão dos Vencidos, vol. 3, 1986, 232 p.
079. COOK, K., SHORTELL, M.D., CONRAD, S. e MORRISEY, M. A theory of organizational response to regulation: the case of hospitals.Academy of Management Review, 8:193-205, 1983.

080. CORBIN, Alain. O território do vazio: A praia no imaginário ocidental, São Paulo, Cia. das Letras, 1989.
081. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. Social Science and Medicine, 12B:85-93, 1978.
082. Constituição da República Federativa do Brasil, Brasília, 5 de outubro de 1988.
083. Constituição do Estado de São Paulo, 1.989. Título VII - Da Ordem Social, Capítulo II - Da Seguridade Social, Seção II - Da Saúde,
Capítulo VII - DA Proteção Especial, Seção II - Dos Índios.
084. Convenio nº 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes 1.989. Departamento de Normas Internacionales del
Trabazo Organizacion Internacional del Trabazo. Oficina Regional
de la OIT para América Latina y el Caribe Serie: Documentos 89/1
1ª Edição: Setembro 1.989.
085. COOPER, Harris M. The Integrative Research Review. A Systematic Approach. Beverly Hills: Sage Publications, Applied Social Research Methods Series nº 2, 1984 (PC).
086. COOPER, Richard and DAVID, Richard. The biological concept of race and its application to public health and epidemiology.
Journal of Health Politics, Policy and Law, 11(1):97-116, 1986.
087. COSTA, Dina Czeresnia et alii. Epidemiologia: teoria e objeto. Saúde em Debate, São Paulo, Hucitec-Abrasco, 1990, 220 p.
088. CROSBY, Alfred. Imperialismo Ecológico - La expansión Ecológica de Europa, Barcelona, Ed. Crítica, 1988.

089. CURT, Nimuendaju. As lendas da criação e destruição do mundo como fundamentos da religião dos Apapocuva - Guaraní/ Curt Nimuendaju
Unkel; trad. Charlotte Emmerich, S. Eduardo B. Viveiros de Castro,
São Paulo: Hucitec; Editora da Universidade de São Paulo, Coleção Ciências Sociais, 1987, 156 p.
090. CUZZANI, P. de. Medicine as poieses. The relation between clinical and theoretical knowledge. 6th European Conference on Philosophy of Medicine and Health Care. Social policy and health: philosophical, ethical, economical, legal and epidemiological aspects. Budapest, Hungary, August 1992.
091. DA MATTA, R. Carnavais, malandros e heróis. Rio de Janeiro, Zahar, 1979.
092. DALLARI, Dalmo de Abreu. Da fundamentação natural da lei à conquista dos direitos fundamentais. Saúde Mental e cidadania São Paulo, Ed. Mandacaru, 1987, p. 29-43.
093. DALLARI, S. Municipalização dos Serviços de saúde em debate. São Paulo, Brasiliense, 1985.
094. DAVIS, Shelton, Vítimas do milagre. O desenvolvimento e os índios no Brasil, Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1978.
095. DAY, Robert A. Como escribir y publicar trabajos científicos - Publicação Científica 526, Organização Panamericana de la Salud, Washington EUA, 1990.
096. Decreto 97947 de 11.07.89. Seguridade Social, Proposta Orçamentária 1990 da Comissão Especial da Seguridade Social.

097. Decretos 22 a 26 (o específico de saúde é o de nº23) publicados no Diário Oficial da União com data de 04 de fevereiro, 1991.
098. DEJOURS, Christophe. A loucura do trabalho: estudo da psicopatologia do trabalho, trad. Ana isabel Paragraf e Lucia Ferreira Cortez, São Paulo, Editora Oboré, 1991.
099. DELEUZE, Gilles. Lógica do sentido, trad. Luiz Roberto Salinas Fortes, 2a edição, São Paulo, Ed. Perspectiva, 1974, 342p.
100. DELUMEAU, Jean. História do Medo no Ocidente. São Paulo, Ed. Campanhia das Letras, 1989.
101. DEMO, Pedro. Participação e planejamento - arranjo preliminar. Revista de Administração Pública, vol. 25, nº 03 jul/set. 1991.
102. DERRIDA, Jacques. A Farmácia de Platão, trad. Rogério da Costa, São Paulo, Biblioteca Pólen, Iluminuras, 1991.
103. DESCOLA, Philippe. La Nature Domestique, Paris, Ed. de La Maison de l'Homme, 1986.
104. DEVEREUX, Georges. Etno-psicoanalise complementalista. Amorrortu, Ed.Buenos Aires, 1975.
105. DEWALT, Kathleen and VAN WILLITEN, John. Research priorities for medical anthropologists in the 1980s. Social Science and Medicine, 18(10):845-46, 1984.
106. DIDEROT, Denis. Da Interpretação da Natureza e Outros Escritos, trad. Magnólia Costa Santos, São Paulo, Iluminuras, 1989.
107. DÍAS GUERRERO, Rogerio. El impacto de la cultura iberoamericana tradicional y del stress económico sobre la salud mental y física: instrumentación y potencial para la investigación transcultural". Revista Latinoamericana de Psicología, 16(2):167-211, 1984.

108. DIENER, Paul, NONINI, Donald e ROBKin, Eugene. Ecology and evolution in cultural anthropology, Man (NS) 15 1-31.
109. DONNE, M. Teorias sobre a cidade. São Paulo, Ed. Martins Fontes, junho 1983.
110. DONOVAN, Jenny L. Ethnicity and health: a research review. Social Science and Medicine, 19(7):663-70, 1984.
111. DOUGLAS, Mary. Pureza e perigo, São Paulo, Perspectiva, 1976.
112. DRESSLER, William W. Ethomedical beliefs and patient adherence to a treatment regimen: a St. Lucian example. Human Organization, 39(10):88-96, 1980.
113. DUBOS, R. L'homme et adaptation au milieu. Paris, Payot, 1973.
114. DURKHEIM, Emile. De la division del trabajo social, B. Aires, Shapire Ed., 1973.
115. DURKHEIM, Emile. Sociologia, (organizador) José Albertino Rodrigues, trad. Laura Natal Rodrigues, São Paulo, Ática, 1978.
116. DYASI, Hubert. Science education programme for Africa. Accra, Ghana, p.98.
117. Educação Medica e Saúde, Vol. 23, nº 4, O.M.S., out/nov. 1989.
118. El hospital y la red de los sistemas locais de salud. Informe Final da Reunion Descentralizacion de los Servicios de Saúde, Buenos Aires (mimeo), mayo 1987.
119. EL TOM, A.R., et. alii. Introducing integrated health services in a tradicional society: the Sudan community-based family health project. Int'l. Quarterly of Community Health Education, 5(3):187-202, 1984-85.

120. ELIADE, Mircea. Mito y Realidad, Guadarrama, Madrid, 1968.
121. ELIAS, Norbert-La. Civilization des Moeurs. Paris, Calman, Levy, 1973.
122. ENGELS, F. The condition of the working class. New York, Jw Lovell, 1897.
123. ENRIQUEZ, Eugene. Problematique du changement Evaluación de servicios de salud: la perspectiva de la gente. Taller Regional sobre Evaluación de Servicios de Salud Maternoinfantil, Caraballeda, Venezuela, OPS, agosto 1987.
124. Entrevistas do Le Monde (A Sociedade). Le Monde, São Paulo, Ática, 1989.
125. Estatuto do Índio - 1976.
126. EVANS-PRITCHARD, Concepções Azaude sobre bruxarias.1937.
127. EVANS-PRITCHARD, Social Antropology. New York, 1962.
128. FABREGA, H. - The need for an ethnomedical science. Science, vol. 189, 1975.
129. FEINSILVER, Julie M. Cuba as a world medical power: the politics of symbolism. Latin American Research Review, 24:2, 1989.
130. FLEURY, M.T.L. & FISCHER, R.M. Cultura e poder nas organizações. São Paulo, Ed. Atlas, 1989.
131. FOUCAULT, Michel. A arqueologia do saber, trad. Luiz Felipe Baeta Neves, 3ª ed., Rio de Janeiro, Ed. Forense Universitária, Coleção Campo Técnico, 1987, 239 p.
132. FOUCAULT, Michel. As palavras e as coisas: uma arqueologia das crônicas humanas trad. Salma Tannus Muchail, 5ª edição, São Paulo, Ed. Martins Fontes, 1990, 407 p.

133. FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder, 8ª ed., Rio de Janeiro, Edit. Graal, 1989, 295 p.
134. FOUCAULT, Michel. O nascimento da clínica, trad. Roberto Machado, 2ª ed., Rio de Janeiro, Ed. Forense Universitária, 1980.
135. FREITAG, Barbara. A teoria crítica ontem e hoje, São Paulo, Brasiliense, 1988.
136. FREUD, Sigmund. O futuro de uma ilusão. Trad.W.D. Robson Scott, trad,
rev. e ed. James Strachey, Garden City, NY; Doubleday, 1964.
137. From China to Africa: the same impossible synthesis between traditional and western medicines". Social Science and Medicine, 21(8):937-43, 1985.
138. FUENZALIDA-PUELMA, Herman e CONNOR, Susan. El derecho de la salud en los Américas. Estudio constitucional comparado. Publicación Científica 509, OPAS, 1989, 654p.
139. GAGLIARDI, José Mauro. O Indígena e a República, Secretaria de Estado da Cultura, Estudos Brasileiros, vol.25, São Paulo, Hucitec.
Ed. da Universidade de São Paulo; 1989, 310 p.
140. GALLO, Edmundo, et alii. Planejamento criativo: novos desafios teóricos em políticas de saúde, Rio de Janeiro, Relume - Dumará, 1992.
141. GALVÃO, Luis Augusto e CORREY, German. Epidemiologia Ambiental. 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Campinas, 2 a 6 setembro, 1990.
142. GAMBINI, Roberto. O espelho índio: os jesuitas e a destruição da alma indígena Rio de Janeiro Espaço e tempo 1988.
143. GAY, E.G. et alii. An appraisal of organizational response to fiscally constraining regulation: the case of hospitals and DRGs.

Journal

of

Health and Social Behaviour, 30:41-55, 1989.

144. GEERTZ, Clifford. A interpretação das culturas, Rio de Janeiro, Zahar, 1978.
145. GINSBURG, Carlo. Os andarilhos do bem, São Paulo, Cia das Letras, 1988.
146. GLEICK, James. Caos, a criação de uma nova ciência, trad. Waltencir Dutra, Rio de Janeiro, Campus, 1990, 310 p.
147. GODELIER, Maurice. A parte ideal do real. (La part idéelle du réel. Essai sur l'ideologique. L'Homme XVIII (3-4) 70-86, 1978.
148. GODELIER, Maurice. Marxismo, antropologia e religião. México, entrevista Ed. Roca, 1974.
149. GOODENOUGH, Ward H. Explorations in cultural anthropology. New York, MC Graw Hill, 1964, p.511-544.
150. GOFFMAN, Erving - Manicônios, prisões e conventos, 3ª ed., São Paulo, Ed. Perspectiva, Coleção Debates dirigida por J. Gunsburg, 1990.
151. GONÇALVES, Ricardo Bruno. Contribuição à discussão sobre as relações entre teoria, objeto e método em epidemiologia. 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Campinas 2 a 6 de setembro, 1990.
152. GRACIA, I. Ideologias da Vida Cotidiana, Senadi, 1º cap., Conceito e Respresentação Social, Barcelona, 1988.
153. GRANGER, Giles Gaston. Lógica e filosofia da ciência, São Paulo, Melhoramentos, 1955, p.75-80.
154. GREGORY, K.L. Native-view paradigms: multiple cultures and culture conflicts in organizations. Administrative Science Quartely, 28(1.983):359-376.
155. GRODOS, Daniel and DE BÉTHUNE, Xavier. Les Interventions Sanitaires

Sélectives: Un Piège Pour Les Politiques de Santé du Tiers

Monde.

Social Science and Medicine, 26(9):879-889, 1988.

156. GUATTARI, Felix. As três ecologias, trad. Maria C.F Bittencocert, Campinas, São Paulo, Ed. Papirus, 1.990, 56 p.

157. GUATTARI, Felix. O Inconsciente maquínico: ensaios de esquizo-análise

trad. Constança Marcondes Cesar e Sucy Moreira Cesar. Campinas, São Paulo, Ed. Papirus, 1988.

158. GUATTARI, Felix e ROLNIKE, Suely. Micropolítica - Cartografia do Desejo, 2ª edição, Petrópolis, Rio de Janeiro, 1986, 327 p.

159. GUIDI, Maria Lais Mousinho. Elementos de análise dos estudos de comunidade realizados no Brasil e publicados de 1948 a 1960.

Educação e Ciências Sociais, Rio de Janeiro, C.B.P.E., 10

(19)

45-

87. jan/abr 1962.

160. GUIMARÃES, Reinaldo (organizador). Saúde e Medicina no Brasil: contribuição para um debate. Rio de Janeiro: Ed.Graae, Coleção

Saúde e Sociedade, vol.2, nº2., 1978.

161. HABERMAS, J. O discurso filosófico da modernidade, Lisboa, Dom Quixote 1990.

162. HAMAYON, R. Des chamanes au chamanisme. L'ethnographie: Voyages

Chamaniques II, Tome LXXVIII, 2º Ed., 1985.

163. HANFT, Ruth S. Use of social science data for policy analysis and policy-making. Milbank Memorial Fund Quarterly / Health and Society,

59(4):596-613, 1981.

164. HARDESTY, Donald L, Antropologia ecológica s/d, Barcelona, Ediciones Belaterra.

165. HARRIS, Marvin, Vacas, porcos, guerras e bruxas: Os Enigmas da Cultura, Rio de Janeiro, Ed. Civ. Brasileira, 1978.
166. HARRISON, Michael I. Diagnosing organizations - Methods, models, and processes. Vol. 8, 1987.
167. HÄYRY, M. Defining the quality of life. 6th European Conference on Philosophy of Medicine and Health Care. - Social policy and health:
philosophical, ethical, economical, legal and epidemiological aspects. Budapest, Hungary, August 1992.
168. HERNAN, San Martin. La crises mundial de la salud, Madrid, Edit. Ciencias del Hombre, 1981.
169. HERRERA, Xochitl e GUERRERO, Miguel Lobo. Antropologia médica e medicina tradicional, Etnollano, 1988.
170. HOLM, S. The moral importance of class related differences in health: perspectives for social policy. 6yh European Conference on Philosophy of Medicine and Health Care. Social policy and health:
philosophical, ethical, economical, legal and epidemiological aspects. Budapest, Hungary, August 1992.
171. HOWES, Michael. The uses of indigenous technical knowledge in development. IDS Bulletin, 10:12-23, 1979.
172. IANNI, Octavio. Escravidão e racismo. São Paulo, Ed. Hucitec, 1988, 190 p.
173. Infraestrutura de Serviços de Saúde. OPAS, Reunião de trabalho, Argentina, 1988.
174. ITTELSON, W.H., PROSHANSKY, H.M., RIVLIN, L.G., WINKEL, G.H. Introduction to environmental psychology. New York, Holt, Rivehant
S. Winstion, 1974.

175. JACOBI, P. Movimentos sociais e políticas públicas: demandas por saneamento básico e saúde. São Paulo, 1974-84. Cortez, 1989.
176. JACQUARD, Albert. Elogio da Diferença, trad. Álvaro Cabral, São Paulo, Ed. Martins Fontes, 1988.
177. JAGUARIBE, Helio. As Nações Unidas e a reestruturação da ordem mundial. 22/10/92 - Semana das Nações Unidas. Revista de
Administração Pública, vol. 25, nº 03, jul/set. 1991.
178. JAMES, Graig, et alii. Anthropology and epidemiology. Boston, Reidel Publishing Company, 1986 (PC).
179. JICK, Todd D. Mixing qualitative and quantitative methods: triangulation in action. Administrative Science Quarterly, 24:602-10, 1979.
180. JODELET, D. Les Representations Sociales, Paris, Puf, Representação Social de M.A, Urbano, 1989.
181. JUNQUEIRA, Carmen e CARVALHO, Edgar de Assis. Antropologia e indigenismo na América Latina. São Paulo, Ed. Cortez, 1981, 129 p.
182. KISIL, Marcos. Education in Health Administration: an assessment of the Brazilian case. Boletim OPAS, Vol 19, nº 3, 1985.
183. KLUCKHOHN, F.R. Dominant and variant value orientations. In C. Kluckhohn, H.A. Murray & D.M. Schneider, *Personality in nature, society, and culture.* New York, Knopf, 1953.
184. KOVACS, J. - The concept of health and disease. 6th European Conference on Philosophy of Medicine and Health Care. Social
policy and health: philosophical, ethical, economical, legal
and
epidemiological aspects. Budapest, Hungary, August 1992.

185. KROBER, G. The social function of Science fifty years on. Impact of Science on society. S.d.,151, p.249-255.
186. KUHN, T.S. A estrutura das revoluções científicas. São Paulo, Perspectiva, 1982.
187. L'ABBATE, S. O direito à saúde: reivindicação à realização. Projetos de Política de Saúde em Campinas. Tese de doutorado na Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais da USP. São Paulo, 1990.
188. LADEIRA, Maria Inês. Aldeias livres Guarani do litoral de São Paulo e da periferia da Capital. In: Índios no Estado de São Paulo: Resistência e Transfiguração, vários autores. São Paulo, Editora Yankatu e Comissão Pró Índio de São Paulo, 1984, p. 83-123.
189. LADEIRA, Maria Inês. O caminhar sob a luz - O território M'bya à beira do oceano. Dissertação de mestrado em Ciências Sociais (Antropologia). PUC, março 1992.
190. LADEIRA, Maria Inês. Os índios e a serra do mar. Centro de Trabalho Indigenista. São Paulo, Ed. Nova Estela Editorial, 1989.
191. LAKATOS, Eva Maria. Metodologia científica, São Paulo, Ed. Atlas, 1986.
192. LALANDE, A. Vocabulaire technique et critique de la philosophie, Paris, F.Alcan, vol. 3, Verbete "Probleme",p.102-103.
193. LAPLANTINE, François. Anthropologie de la maladie. Paris, Payot, 1986.
194. LE MONDE. Entrevistas do Le Monde (A Sociedade) Ática, S.P., (1989).
195. LEACH, Edmund, Aspectos antropológicos da linguagem: categorias animais e insultos verbais, in:
196. LEACH, Edmund. Political systems of Highland Burma. USA, Harvard University Press, 1954.

197. LEEDS, A. Ecological determinants of chieftainship among the Yaruro Indians of Venezuela. In A.P. Wayada (ED.), 1969.
198. LEFEBVRE, H. O direito à cidade, São Paulo, Ed. Documentos, 1969.
199. LEMARCHAND, Rene. Fim da guerra fria reabre lutas étnias. Questões regionais e locais substituem blocos mundiais na relação entre países. World Media, n°04, dez 1990, Universidade da Flórida, EUA.
200. LÉVI-STRAUSS, Claude. Antropologia estrutural. Buenos Aires, EUDEBA, 1968, p. 138.
201. LÉVI-STRAUSS, Claude. O pensamento selvagem, Campinas, Papirus, 1989.
202. LÉVI-STRAUSS, Claude. Raça e história. In Antropologia Estrutural II, Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1976.
203. LÉVI-STRAUSS, Claude. Tristes Trópicos, Lisboa/São Paulo, Ed. Martins Fontes, 1981.
204. LÉVY-BRÜHL, Lucien. El alma primitiva. Barcelona, Ed. Peninsula, 1974.
205. LÉVY-BRÜHL, Lucien. La mentalidad primitiva. La pleyade. Buenos Aires, 1972.
206. Lei Orgânica de Saúde, Brasília, 13 de Dezembro 1989.
207. LIMA, Maria José Araujo. Ecologia humana: realidade e pesquisa. Petrópolis, Rio de Janeiro, Ed.Vozes, 1984, 163 p.
208. LOPES DA SILVA, Aracy (org.). A questão indígena na sala de aula. Subsídios para Professores de 1º e 2º Graus (2a. parte). São Paulo, Brasiliense, 1987.

209. Los indígenas Sudamericanos ante una alternativa: servicios de salud tradicionales o modernos, en las zonas rurales de Ecuador.
Bol. Of.
Sanit. Panam., 93(4):300-13, 1982.
210. LOUREIRO, Sebastião. Brasil, desigualdade social, doença e morte. 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Campinas, 2 a 6 de setembro, 1990.
211. LOVELOCK, James. Gaia, um modelo para a dinâmica plantária e celular. Citado em W.I. THOMPSON, *A biologia é uma teoria do conhecimento*, in Gaia, uma teoria do conhecimento, p.77.
212. LUGON, Clovis. A república "comunista" cristã dos guaranis: 1610 - 1768. trad. Alvaro Cabral, 3a. edição, Rio de Janeiro, Ed. Paz e Terra, 1977, 353 p. (Original em francês: *La republique communiste chretiense des Guaranis - 1610/1768.* Ser Editions Ouvrieres, Paris 1949).
213. LUZ, Madel Therezinha. Natural, racional, social. Razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro, Editora Campus, 1988, 151p.
214. MACHADO, Paulo Affonso Leme. Direito ambiental brasileiro São Paulo, Editora Revista dos Tribunais, 1989.
215. MAGNANI, J. G. C. Santana do Parnaíba: memória e cotidiano. São Paulo, Condephaat, 1984 (mimeo).
216. MAGULIS, Lynn. Os primórdios da vida. Os micróbios têm prioridade. Citada em W.I. THOMPSON, *A biologia é uma teoria do conhecimento*, in Gaia, uma teoria do conhecimento, p. 91.
217. MALINOWSKI. Os Argonautas do Pacífico Ocidental

218. MAKHOUL, Najwa. Assessment and implementation of health care priorities in developing countries: incompatible paradigms and competing social systems. Social Science and Medicine, 25(4):373-84.
219. MANNHEIN, K. (s/d) Ideologia e utopia, Rio de Janeiro, Zahar.
220. MARQUES, Marília Bernardes. Ciência, tecnologia, saúde e desenvolvimento sustentado. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 1991.
221. MARSIGLIA, Regina Giffoni. Os cidadãos e os loucos no Brasil. A cidadania como processo. Saúde Mental e Cidadania. São Paulo, Ed. Mandacaru, 1987, p. 13-29.
222. MARTIN, Gustavo, Teoria de la magia e la religion, Caracas, Venezuela, Ediciones de la Biblioteca de la Universidad Central de Venezuela, 1a. Edicion, 1983.
223. MARX, Karl. Introdução general a critica de economia política. In Teoria marxista del método. Medellin, Ed. Tiempo Crítico, 1971.
224. MATTHEWS, Eric. Is health care a nud? 6th European Conference on Philosophy of Medicine and Health Care. Social policy and health: philosophical, ethical, economical, legal and epidemiological aspects. Budapest Hungary, August 1992.
225. MATTUS, Carlos. Adiós, Señor Presidente Planificación, Antiplanificación. Venezuela, Ed Pamaire / Ensaio, 1987.
226. MATTUS, Carlos. Planificación, libertad y conflicto, Caracas, Venezuela, INEPLAN, 1985.
227. MAUSS, M. Sociologie et Anthropologie. Paris, 1965, p. 162.

228. MEDICI, A.C. O financiamento da saúde e a nova Carta Constitucional - limites e possibilidades. Rio de Janeiro, ABRASCO, 1989.
229. MEGGERS, Betty. Amazonia : a ilusão de um paraíso, trad. Maria Yedda Linhares, apresentação Darcy Ribeiro, Belo Horizonte, Itatiaia, São Paulo, Ed. Universidade de São Paulo, 1937.
230. MELATTI, Júlio Cesar. Índios do Brasil, 48ª ed., São Paulo, Hucitec, 1983.
231. MELLO, Carlos Gentile de. Saúde e assistência médica no Brasil. Coleção Saúde em Debate. Rio de Janeiro, CEBES - HUCITEC, set 1977.
232. MELLO e Souza, Laura de, O diabo na Terra de Santa Cruz, São Paulo, Cia das Letras, 1986.
233. MENDES, Eugenio Villaça. O planejamento de saúde no Brasil: origens, evolução, análise crítica e perspectivas. OPAS, (mimeo).
234. MENDES, Eugenio Villaça. O sistema unificado e descentralizado de saúde no atual contexto da reforma sanitária brasileira. OPAS, 1987 (mimeo).
235. MENDES GONÇALVES, R.B. Reflexões sobre a articulação entre a investigação epidemiológica e a prática médica. A propósito das doenças crônicas degenerativas, in Abrasco - Textos de apoio: Epidemiologia I. Rio de Janeiro, PEC-ENSP - Abrasco, 1985, p.11-86.
236. MENÉNDEZ, Eduardo L. El modelo médico cominante y las limitaciones y

- posibilidades de los modelos antropológicos. Desarrollo Económico, 24 (96):593-604, enero-marzo, 1985.
237. MEHRY, Emerson Elias. O capitalismo e a saúde pública: a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo, 2a ed., Campinas, São Paulo, Papyrus, Coleção Krisis, 1987.
238. MIGLIONICO, Americo. Caos y crisis: salud en el año 2000. 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Campinas 2 a 6 de setembro, 1990.
239. MONTEIRO, Carlos Augusto. Saúde e nutrição das crianças de São Paulo. Diagnóstico, contrastes sociais e tendências. Saúde em Debate. São Paulo, Editora Hucitec - Editora da Universidade de São Paulo, 1988.
240. MORDACCI, R. Health as an analogical concept. 6th European Conference on Philosophy of Medicine and Health Care. Social policy and health: philosophical, ethical, economical, legal and epidemiological aspects. Budapest, Hungary, August 1992.
241. MOSCOVICI, Serge. A máquina de fazer deuses, Rio de Janeiro, Imago, 1990.
242. MOSCOVICI, Serge. Representação social da psicanálise, Rio de Janeiro, Zahar, 1979.
243. MOSCOVICI, Serge. Sociedade contranatura, trad. Fátima Sequeira e J.D. Gil Nave, Ed. Livraria Bertrand, 1977.
244. MURDOCK, S.P. Correlations of exploitive patterns. In D. Damas. *Ecological Essays*. National Museum of Canada, Bulletin

- no. 230,
Anthropological sereis, no. 86, 1969.
245. NASH, R. Wilderness and the American mind. New Haven, Conn; Yale University Press, 1967.
246. NELSON, Carl W. Does ethnicity matter? Utilization, responses to medical problems, attitudes and satisfaction in a medically underserved community". Journal of Mental Health Administration,
12(1):34-41, 1985.
247. NOVAES, Sylvia Caiuby. Jogo de espelhos: imagens da representação de si através dos outros. Tese de doutoramento em Antropologia Social - USP, 1990.
248. Nosso futuro comum. Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, Rio de Janeiro, Ed. Fundação Getulio Vargas,
1988, 430 p.
249. NOZICK R. Anarquia, estado e Utopia, Rio de Janeiro, Ática, 1991.
250. NUNES, E.D. As ciências sociais em saúde na América Latina. Brasília, OPAS, 1985.
251. NUNES, E., JACOBI, P., KARSCH, P. e COHN, W.S. A saúde como direito e como serviço. São Paulo, Cortez, 1991.
252. O' DONNEL, Guillermo. Estado y politicas estales en America Latina: Hacia una estrategia de investigación. Documento CEDES/G.E
CLACSO/nº 4, 1976.
253. O sistema único de saúde dos índios. Simpósio, 26 e 27.10.89, CESPI/Fundação Osvaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.
254. Os caminhos da Municipalização. Revista Tema, Fundação Osvaldo Cruz, Ano IX, novembro 1991.

255. OVALLES, Geog Omar. Seguridad, ecologica y derechos humanos em la Amazonia, Caracas, Venezuela, Junio 1990 (mimeo).
256. PAIM, S. e NÁJERA, Enrique. Epidemiologia e planejamento. 1 ° Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Campinas, 2 a 6 de setembro, 1990.
257. PAIVA, Eunice e JUNQUEIRA, Carmem, O Estado contra o Índio, Programa de Estudos de Pós-Graduação em Ciências Sociais/PUC-São Paulo, 1985.
258. PARSONS e SHILS. Toward a general theory of action. Cambridge, Massachussetts, 1951.
259. Participação social nos sistemas sociais de saúde, Programa de Desarrollo de Serviços de Saúde, HSD - Série nº 18 (mimeo) OPAS.
260. PATTON, Michael Quinn. Qualitative evaluation methods. Beverly Hills: Sage Publications, 1980.
261. PEDERSEN, Duncan. Guia para la evaluacion de la participacion de la comunidade en los servicios de salud, HPD/HPM da OPAS/OMS, 1988.
262. PESSOA, Samuel Barnsley. Ensaio médico-sociais. 2ª Edição. São Paulo, Cebes Hucitec, Coleção Saúde em Debate, 1978, 380 p.
263. Plano diretor da Secretaria Municipal de Saúde de São Sebastião, Peruibe, Itariri, Itanhaem, Ubatuba.
264. POSSAS, Cristina A. Epidemiologia e sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil. São Paulo, Editora Hucitec, Coleção Saúde em Debate, 1989, 271 p.
265. POSSAS, Cristina A. Perspectivas para a Ciência Epidemiologica numa abordagem interdisciplinar. 1º Congresso Brasileiro de

Epidemiologia

Campinas, 2 a 6 de setembro, 1990.

266. PRIBAM, Karl H. The cognitive revolution and mind-brain issues. American Psychologist 41, no. 5, maio 1986, p.507-519.
267. PRIBAM, Karl H. The neurophysiology of remembering. Scientific American 220, janeiro 1969, p.75.
268. PRIGOGINE Ila.; STENGERS Isabelle. Entre o Tempo e a Eternidade, 1990.
269. PRIGOGINE Ila.; STENGERS Isabelle. A Nova Aliança, Metamorfose da Ciência, trad. Miguel Faria e Maria J. M. Trincheira, Brasília, Ed.Universidade de Brasília, 1991.
270. PROFIS, H. e RONDAS, M.A.N.C. O desafio dos novos prefeitos. Revista CEPAM, ano 1, nº1.
271. QUEVEDO, Emilio. Relaciones entre la historia de las ciencias y de las tecnicas en la Medicina. Bogotá, 1990.
272. RAWLS J. Por uma teoria de Justiça, Brasília, U.N.B, 1981.
273. RAMOS, Alcida. Sociedades indígenas, São Paulo, Ática, Série Princípios, Vol. 59, 1986..
274. REIGOTA, M. Les Representations sociales de l'environnement et les pratiques pedagogiques quotidiennes des professeurs de sciences à São Paulo. Tese de Doutorado. U.C.L. - Louvain - la - Neuve, 1990.
275. REZENDE, Ana Lúcia Magela de. Saúde: dialética do pensar e do fazer. 2ª ed. São Paulo, Cortez, Série Saúde e Sociedade, 1989, 159 p.
276. Relatório CIMI-Sul, Equipe do litoral Sul de São Paulo.

277. Relatório de Atividades 86/87 INAMPS, janeiro 1988.
278. Relatório de estatísticas de saúde e de serviços do Centro de Informações de Saúde (CIS) da Secretaria de Estado da Saúde.
Produção e Indicadores de Avaliação das Atividades Programáticas.
Movimento Nosocomial dos Hospitais de Assistência Médica Geral e Especializada (SUDS e Municípios - 1989).
279. Relatório de qualidade de águas interiores do Estado de São Paulo, 1990, São Paulo, CETESB 1991, 164p.
280. Relatório do projeto NAI - Avaliação da Organização de Saúde a nível local e regional no Estado de São Paulo (Instituto de Saúde, mimeo)
281. Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, Tema específico: Proteção à saúde do índio. Brasília, março 1986 (mimeo).
282. Relatório sobre a situação social do País-Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da UNICAMP. Campinas, 1988.
283. Relatórios do Centro Ecumênico de Documentação e Informação (CEDI).
Povos Indígenas no Brasil 1986. Terras Indígenas no Brasil 1987.
284. Relatórios e projetos de várias organizações de apoio à questão indígena no Estado de São Paulo. Programa de emergência Nãndeva, CTI, 1978 (mimeo), Programa de Ação de Saúde, Projeto especial para aldeias guaranis - SUDELPA, 1984. (mimeo). Programa de assistência médica aos índios Guaranis do litoral do Estado de São Paulo e periferia da Capital - CIMI/SUDELPA, 1984

(mimeo).

Observações sobre o Programa de Saúde aos índios
 Guaranis do
 Estado de São Paulo, CTI, 1987. (mimeo). Programa de
 educação
 em saúde para o Parque Nacional do Xingu, 1987. (mimeo)
 Proposta para o plano de saúde a ser implantado no
 Parque
 Nacional do Xingu 1987. (mimeo).

285. Reportagem local da Folha de São Paulo, domingo, 31 dezembro, 1989.
 "Índios acusam a FUNAI de abandonar posto de assistência em
 São
 Paulo".

286. Resolução CIPLAN nº 9/88 publicado no Diário Oficial da União de nº
 228, em 01.12.88, p. 23366/67 - Seção I - MPAS/S.

287. Resoluções da Comissão Interinstitucional de Saúde do Estado de São
 Paulo (CIS/SP). Fonte: Secretaria Executiva CIS/SP e
 Diário
 Oficial
 do Estado.

288. RIBEIRO, Berta G. (org). Suma etnológica brasileira, Vol 1: Etnobiologia,
 Petrópolis, Vozes, 1987.

289. RIBEIRO, Darcy. Etnobiologia, vol. 1; Tecnologia Indígena, vol. 2;
Arte Índia, vol.3, Suma Etnológica Brasileira, Petrópolis,
 Vozes/Finep, 1986.

290. RIBEIRO, Darcy. O processo civilizatório. Etapas da evolução sócio
 cultural, 3ª ed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1975,
 265 p.

291. RIBEIRO, Darcy. Os índios e a civilização, 2ª ed. Petrópolis, Vozes,
 1977.

292. RIBEIRO, Darcy, Os protagonistas do drama indígena, Revista de
 Cultura Vozes, ano 71, nº6, agosto 1977.

293. RICHAMAN, Judith A., et. alii. The process of acculturation: theoretical perspectives and an empirical investigation in Perú. Social Science and Medicine, 25(7):839-47, 1987.
294. RICOEUR, Paul. Ideologia e Utopia. Lisboa, Biblioteca de Filosofia Contemporânea, Edições 70, p. 92-212; 445-467.
295. RIDDERIKHOFF, J. The artificial and elusive demarcation between health and disease. An approach to disease concepts from the hipocratic and galenian viewpoints. Conference on Philosophy of Health Care. Social policy and health: philosophical, ethical, economical, legal and epidemiological aspects. Budapest, Hungary, August 1992.
296. ROBIN, L. Theorie platonicienne de l'amour. P.V.F., 2a. ed., 1064.
297. RODRIGUES J. A. (Org.) Durkheim, São Paulo, Ática, Coleção Grandes Cientistas Sociais, nº 1, 1990.
298. RODRIGUES DA SILVA, Guilherme. Avaliação e perspectivas da Epidemiologia no Brasil. 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia Campinas, 2 a 6 de setembro, 1990.
299. ROMERO, Arturo. El desarrollo histórico de la epidemiologia en America Latina. 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Campinas, 2 a 6 de setembro, 1990.
300. ROSCH, Paul J. and KEARNEY, Helen M. Holistic medicine and technology: a modern dialectic. Social Science and Medicine, 21(120):1405-9, 1985.
301. ROSSI, S.S. A constituição do sistema de saúde no Brasil. Departamento

- Casa de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Santa de
São Paulo. São Paulo, 1980.
302. ROUSSEAU, Jean Jacques. O contrato social, e outros escritos, trad. Rolando Roque da Silva, 9ª edição. São Paulo, Ed. Cultrix, 1988, 235 p.
303. RUCKER, R. The fourth dimension. London, Penguin Books, 1986.
304. SADER, E. Quando nossos personagens entram em cena. Experiências e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo (1970 - 1980). São Paulo, Paz e Terra, 1988.
305. SÃO PAULO. Livro de registro de entrada dos índios na CESAI. FUNAI - Administração CESAI.
306. SANTOS, C. N. et alii. Quando a rua vira casa, Rio de Janeiro, Ibam/Finep, Ed. Projeto, 1985. KOTHE, F. (org.). Walter Benjamin. São Paulo, Ática, 1985.
307. SANTOS, Jair Ferreira dos. O que é pós-moderno, 5ª ed. São Paulo, Edit. Brasiliense, 1988.
308. SCHADEN, Egon. A mitologia heróica de tribos indígenas do Brasil- Ensaio etnossociológico, 3ª ed. Série Passado e Presente. Teses/ Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, São Paulo, Ed. Universidade de São Paulo, 1989. 175 p.
309. SCHADEN, Egon. Aspectos fundamentais da cultura Guarani, 3ª ed. São Paulo, E.P.U, Ed. da Universidade de São Paulo, 1974.
310. SCHLESINGER, Mark. Paying the price: medical care, minorities, and the

- newly competitive health care system. The Milbank Quarterly, Vol. 65, Suppl. 2, 270-296, 1987.
311. SCHRAIBER, Lilia Blima (organizadora). Programação em saúde hoje. São Paulo, Editora Hucitec, Coleção Saúde em Debate 30, Série Didática 2, 1990, 225 p.
312. SCHWARTZ, Norman B. Anthropological views of community and community development. Human Organization, 40(4):313-322, 1981.
313. SEFF, HENRIQUE e MONTES, José Maria. A questão ambiental e a problemática interdisciplinária.
314. SERRES, Michel. O contrato natural. Trad. de Beatriz Sidoux, Rio de Janeiro, Ed. Nova Fronteira, 1991.
315. Síntese. Sistema DATAPREV.
316. SOLBAKK, J. K. The quest for theory in medical epistemology and ethics. 6th European Conference on Philosophy of Medicine and Health Care. Social policy and health: philosophical, ethical, economical, legal and epidemiological aspects. Budapest, Hungary, August 1992.
317. SNOW, John. Sobre a maneira de transmissão do cólera. Apresentação Prof. Sergio Koifman, Prefácio Frost. São Paulo Ed. Hucitec Abrasco, 1990, p.48.
318. STENGERS I. Energia e Valor: O Problema da Conservação em Engels e Marx (com I. Alliez) in E. Alliez, Contratempo, Rio de

Janeiro,

Forense Universitária, 1988.

319. STENGERS I. et Alii Pour une alternative vert en Europe, Paris, Puf, 1989.
320. STENGERS I. Quem tem medo da ciência? São Paulo, Siciliano, 1990.
321. STEWARD, Julian. Theory fo cultural change, The methodology of multilinear evoluitan, Urbana, University of Illinois Press, 1955.
322. SUSSEKIND, Flora, O Brasil não é longe daqui: o narrador, a viagem, São Paulo, Cia das letras, 1990.
323. TAYLOR, S.J. and BOGDAN, R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Buenos Aires: Paidós, 1986 (PC).
324. TEDLOCK, Barbara. An interpretive solution to the problem of humoral medicine in Latin América. Social Science and Medicine, 24(12):1069-83, 1987.
325. TEIXEIRA, Sonia Fleury (organizadora). Reforma sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo, Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, Pensamento Social e Saúde
3, 1989,
232 p.
326. TERRIS, Milton. Epidemiloy and the Public Health Movement, J. Public Health Pol 8, 1987, p. 315-29.
327. TERRIS, Milton. New perspectives in Epidemiology and Public Health. 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Campinas, 2 a 6 de setembro, 1990, p.253-263.
328. TERRIS, Milton. Editorial, The Distinction between Public Health and Community / Social / Preventive Medicine, J. Public Health Pol 6,
1985, p. 435-39.

329. TESTA, Mário. Planejamento em saúde: as determinações sociais, 1985,
in E.D. NUNES, As ciências sociais em saúde na América Latina.
Brasília, OPAS, 1985.
330. THOMAS, KEITH, O homem e o mundo natural. São Paulo, Cia das Letras, 1989.
331. THOMPSON, William Irwin et alii. Gaia, uma teoria do conhecimento, trad. Silvio Cerqueira Leite. São Paulo, Ed. Gaia, 1990.
332. TIEZZI, E. Tempos históricos, tempos biológicos, a terra ou a morte: os problemas da nova ecologia, trad. Ferreira, F.R.O. e Brandão, L.E.
São Paulo, Nobel, 1988, 204 p.
333. TIMBERLAKE, Michael and WILLEAMS, Kirk R. Dependence, political exclusion, and government repression: some cross-national evidence. American Sociological Review, 49:141-6, 1984.
334. TODOROV, Tzevetan, A conquista da América. São Paulo, Martins Fontes, 1983.
335. TROTTER, Robert T., ed. Anthropology for tomorrow: creating practitioner/oriented applied anthropology programs. A Special
Publication of the A.A.A., nº 24. Washington, D.C.: A.A.A, 1988.
336. Tudo quanto agride a terra, agride os filhos da terra. Carta escrita por chefe Seattle em 1854 ao presidente dos EUA, Franklin Pierce.
Documento divulgado pela Organização das Nações Unidas.
337. TURNBULL, C.M. The forest people: a study of the Pygmies of the Congo. New York, Simon S.Schuster, 1961.
338. TURNER, B.S. Equality. Sussex: Ellis Horwood Ltd., 1986.

339. Uma resolução na área da saúde. A experiência do sistema unificado e descentralizado de saúde do Estado de São Paulo.
Publicado em 1988 pela Secretaria de Estado da Saúde - Imprensa Oficial do Estado.
340. URIBE RIVERA, Francisco Xavier, Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. Francisco Xavier Rivera (org); Francisco Xavier Rivera, Mario Testa, Carlos Matus. Pensamento Social e Saúde. São Paulo, Cortez, 1989, 222 p.
341. VARKEVISSEN, PATHMANATHAN e BROWNLEE. Manual de capacitação em investigação em sistema de saúde. Canadá, Centro Internacional de Investigação e Desenvolvimento, OMS - OPAS - ENSP/Frocruz - 1991.
342. VAYDA, A.P. Environment and cultural behavior. New York, Natural History Press, 1969, p.377-394.
343. VELHO, G. e VIVEIROS DE CASTRO, E. O conceito de cultura e o estado de sociedades complexas: uma perspectiva antropológica, in Artefato, Jornal de Cultura, Rio de Janeiro, Conselho Estadual de Cultura, ano I, nº 1, 1978.
344. VELHO, O. (org.). O fenômeno urbano, Rio de Janeiro, Zahar, 1967.
345. VIEIRA, Cesar. A saúde no desenvolvimento. 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Campinas 2 a 6 de setembro, 1990.
346. VIEIRA, M.P.A.et alii. A pesquisa em história, São Paulo, Ática, 1989.
347. VIEIRA FILHO, João Paulo. Aspectos da assistência à saúde prestada pela FUNAI, mesa redonda, Escola Paulista de Medicina, 1988.

348. VIDAL, Lux (org.). O índio e a cidadania, São Paulo, Brasiliense e CPI/SP, 1983.
349. WEBER, M. La ciudad, in *Economia y sociedade*, T. III, México, Fondo de Cultura Economica, 1944.
350. WHITING, J.K.M. Effects of climate on certain cultural processes. In W.H. Goodenough, *Explorations in cultural anthropology*. New York, Mc Graw Hill, 1964, p.511-544.
351. WILLIAM, Raymond, A cidade e o campo., São Paulo, Cia das Letras, 1989.
352. YOUNG GARRO, Linda y YOUNG, James C. Atención de salud en minorías étnicas rurales. Algunas observaciones antropológicas. Bol of Sanit Panam, 95(4):333-44, 1983.
353. YOUNG, Allan. The anthropologies of illness and sickness. Ann. Rev. Anthropol., Vol. 11, 1982.
354. YUAN, Yi-fu. Man and nature. Commission on College Geography, Resource Paper no. 10. Washington DC; Association of American Geographers, 1971.
355. YUAN, Yi-fu. Space and place: the perspective of experience. Minneapolis; University of Minnesota Press, 1977.
356. YUAN, Yi-fu. Topophilia. A study of environmental perception, attitude and values. Englewood Cliffe, NJ, Prentoe Hall, 1974.
357. ZAIDI, S. Akbar. Poverty and disease: need for structural change. Social Science and Medicine, 27(2):119-127, 1988.
358. ZEMPLINI, Andreas. La maladie et ses causes. L'ethnographie: causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture, Paris, Editions L'Harmattan, 1985.