

Dialógica, etnografia e educação em saúde

Dialogics, ethnography and health education

RESUMO

Nos últimos anos, o método etnográfico revelou-se como um adequado instrumento para as intervenções em saúde pública e na educação em saúde. Não obstante, seu uso contradiz determinados modelos de intervenção definidos como monológicos, a exemplo das campanhas de meios de comunicação de massa e as filosofias do “ator racional”. Foram analisadas criticamente algumas bases epistemológicas desses modelos, como a unidimensionalidade na análise dos processos de saúde/doença/atendimento, a unidirecionalidade comunicativa e a hierarquia. No seu lugar, propõe-se um modelo dialógico baseado no método etnográfico e organizado a partir dos critérios de multidimensionalidade, bidirecionalidade e simetria. A etnografia permite melhorar a efetividade das intervenções ao fornecer uma base empírica para o desenho dos projetos e ao propiciar a participação social em saúde.

DESCRITORES: Antropologia Cultural. Promoção da Saúde. Educação em Saúde. Participação Comunitária. Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

In recent years, the ethnographic method has been found to be an adequate instrument for public health and health education interventions. Nevertheless, its use contradicts certain intervention models, defined here as monologic, such as mass media campaigns and “rational actor” philosophies. Some epistemological foundations for these models were analyzed, such as the one-dimensional analysis of health/disease/care processes, the one-way communication and their hierarchical nature. In its place, a dialogic model based on the ethnographic method and organized from the criteria of multidimensionality, two-way communication and symmetry is proposed. Ethnography enables the effectiveness of interventions to be improved by providing an empirical basis for project design and allowing for social participation in health.

DESCRIPTORS: Anthropology, Cultural. Health Promotion. Health Education. Consumer Participation. Qualitative Research.

Departamento de Antropologia. Campus Catalunya. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona, Catalunya, Espanha.

Correspondência | Correspondence:

Angel Martínez-Hernández
Departamento de Antropologia
Campus Catalunya
Universitat Rovira i Virgili
Avinguda Catalunya, 35
43005 Tarragona, Espanha
E-mail: angel.martinez@urv.cat

Recebido: 2/6/2009
Aprovado: 1/11/2009

Artigo disponível em português | inglês em www.scielo.br/rsp

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o método etnográfico transpassou o âmbito da antropologia e das ciências sociais e revelou-se como um instrumento útil para a descrição dos determinantes sociais em saúde,²³ para o desenvolvimento e a avaliação de programas de educação e promoção sanitárias² e para abordar os desafios locais de uma saúde cada vez mais global e interdependente.¹³ A utilização inicial desse método em intervenções dirigidas para grupos indígenas e camponeses do chamado “Terceiro Mundo”¹⁶ foi sendo ampliada em diversos contextos sociais, incluindo as sociedades de capitalismo avançado e os denominados *middle-income countries*. A razão dessa proliferação é a evidência de que toda intervenção em saúde pública, que deseje contar com a participação ativa das populações, deve apoiar-se nos saberes e práticas locais.³

O método etnográfico e as técnicas que o compõem são aplicados de forma indiferenciada para melhorar a qualidade da atenção primária no Brasil e Bolívia,¹⁹ criar estratégias comunitárias de atenção das doenças infecto-contagiosas na América Latina,²⁰ reduzir a mortalidade infantil por desidratação nos países asiáticos¹⁵ ou para estabelecer estratégias dirigidas a evitar a propagação da malária¹⁴ na África Subsaariana, entre outros exemplos.

Contudo, o método etnográfico ou alguns dos instrumentos derivados, como o *Rapid Assessment Procedures* (RAP),^a nem sempre são utilizados em educação em saúde para a apreensão da realidade local. As intervenções que não levam em consideração as realidades locais não são defendidas nas revistas profissionais e nos manuais atuais. Entretanto, continuam sendo as mais frequentemente utilizadas pela sua fácil implementação e porque não questionam as estruturas sociais e político-econômicas em que estão inseridas as condutas de risco sobre as quais se almeja incidir.

Em outras ocasiões, o método etnográfico é utilizado sem um conhecimento mínimo dos fundamentos antropológicos mais essenciais ou banaliza-se como o “enfeite” que permite mostrar a sensibilidade dos educadores sanitários em relação aos mundos locais nos quais desenvolvem suas práticas. Nesses casos, o componente hermenêutico, intersubjetivo e de negociação que pressupõe a colocação em prática da etnografia, não é considerado em toda sua amplitude nem adquire uma posição estratégica no desenvolvimento da intervenção.

O objetivo do presente estudo foi problematizar o modelo monológico de intervenção e comunicação em pesquisas de educação em saúde.

MODELO MONOLÓGICO: PRESSUPOSTOS E EQUÍVOCOS

Entendem-se por modelo monológico os procedimentos que partem de uma desvalorização dos conhecimentos e práticas locais e que, portanto, prescindem da etnografia como um instrumento possível para a “análise de situação”. Em seu lugar, defenderemos o desenvolvimento de um modelo comunicativo dialógico baseado na hermenêutica e na negociação entre os diferentes sistemas de conhecimento e de representações presentes na relação de educação sanitária. No modelo dialógico, a etnografia pode desenvolver um papel relevante tanto na investigação da realidade local como no desenvolvimento da própria intervenção.

Existe um tipo de intervenção em educação sanitária no qual não se considera necessário o método etnográfico. Trata-se das campanhas desenvolvidas geralmente pelos meios de comunicação de massa e que partem de princípios verticalizados na estrutura da intervenção. A lógica subjacente nesses casos é que o “envio” da informação “correta” e “científica” é suficiente para a transformação das normas de comportamento sexual em relação ao HIV/Aids, diminuição do consumo de álcool entre a população adulta, que os adolescentes “digam não” às drogas ou que, de repente, e como efeito das artes de persuasão da publicidade, diminua o número de acidentes fatais na estrada.

O modelo monológico não inclui apenas as iniciativas de tipo puramente “informativo”. Também influencia os modelos comportamentalistas que, uma vez que se baseiam na idéia de um tipo de sujeito racional universal na tomada de decisões em matéria de saúde, limita a possibilidade de um conhecimento sobre a realidade local e, em consequência, uma relação dialógica com ela. Esse é o caso do modelo *Precede-Proceed* de Green^{8,9} e do “Modelo de Crença em Saúde”¹¹ (*Health Belief Model* – HBM), que se caracteriza por defender uma aproximação individualista e fragmentada das realidades sociais com as quais trabalha o educador sanitário.⁷ Tanto a partir das iniciativas informativas como das iniciativas comportamentalistas, é constituída uma representação passiva dos grupos sociais, pois seus saberes e atitudes são considerados leigos e suas condutas são vistas como resultado da falta de informação. Como assinalou Bártoli,¹ existem dois estereótipos que, embora aparentemente contraditórios, parecem ser o ponto de partida das intervenções unidirecionais: o coletivo dos usuários é percebido como “vazio” de conhecimentos que a educação em saúde deve preencher ou como um recipiente “cheio” de preconceitos, superstições e erros que os profissionais

^a Scrimshaw S, Hurtado, H. Procedimientos de asesoría rápida para programas de nutrición y atención primaria de salud: enfoques antropológicos para mejorar la efectividad de los programas. Los Angeles: Centro de Estudios Latinoamericanos de la Universidad de California; 1988.

devem erradicar mediante a informação e a persuasão. Em ambos os casos, os usuários são configurados pela subcultura profissional como um recipiente passivo que pode ser “preenchido” ou “esvaziado” a partir das intervenções educativas. É o que alguns autores têm chamado de “sistema de comunicação unilinear”¹⁰ e que aqui denominamos modelo monológico. Esse é um modelo caracterizado por uma série de atributos ou princípios epistemológicos, como 1) unidimensionalidade, 2) unidirecionalidade e 3) hierarquia, que, curiosamente, estão nas antípodas do que significa a aplicação do método etnográfico em educação em saúde.

Princípio da unidimensionalidade

A clássica inscrição acadêmica da educação em saúde dentro do campo da medicina tem acarretado uma aplicação sistemática e freqüentemente pouco analisada dos modelos biológicos ou biólogos no campo da promoção da saúde. Isso inclui ausência de conhecimentos em ciências sociais e em comunicação nos currículos dos educadores sanitários, confusão entre o papel terapêutico e o papel educativo e a aplicação de modelos individualistas na compreensão dos fenômenos sociais e culturais que condicionam os comportamentos em matéria de saúde. Dessa maneira, a perspectiva profissional tem se inclinado a adotar um enfoque unidimensional ou exclusivamente biológico, embora os processos de saúde e doença possuam claramente um caráter multidimensional “biológico, social, político, econômico, simbólico, entre outros”. Isso é possível por meio de um trabalho de reificação dos fenômenos, que pressupõe a negação das forças globais e locais que incidem nos processos de saúde e doença e nas chamadas “condutas de risco”. Objetivos característicos da promoção da saúde, como a diminuição das cáries entre a população infantil, o uso dos serviços de atenção primária por parte dos imigrantes ilegais, a luta contra o consumo de tabaco, o cumprimento do tratamento por parte dos doentes crônicos ou a utilização dos preservativos entre os adolescentes, têm sido compreendidos com excessiva profusão como realidades independentes das condições político-econômicas e da formação histórico cultural em que se produzem.

O complexo amálgama de comportamentos, desigualdades de classe e gênero, representações e percepções culturais que confluem em quaisquer das chamadas “condutas de risco” é assim ocultado em benefício de um modelo que sistematiza as variáveis socioculturais como se fossem fenômenos fisiopatológicos. O único problema é que uma conduta de risco, como, por exemplo, o tabagismo, dificilmente pode ser reduzida a um aspecto exclusivamente biológico ou psicobiológico. Os interesses financeiros da indústria tabagista durante os últimos decênios, as representações culturais ligadas ao consumo dessa substância e que freqüentemente têm pressuposto estereótipos de masculinidade e feminilidade específicos, a existência de uma

distribuição desigual desse hábito nas classes sociais em muitos países ou a composição mais perniciosa do cigarro nos países pobres são fatores que incidem e determinam as formas de consumo de cigarro, assim como seus níveis de toxicidade. Não obstante, essas dimensões do problema são consideradas a partir do modelo monológico como epifenomênicas ou simplesmente como demasiadamente intrincadas para serem consideradas nos processos de promoção da saúde. Trata-se da velha estratégia de reificação, que tão bem descreveram antropólogos como Taussig²¹ e Schepher-Hughes¹⁸, e que consiste em desassociar os processos de saúde e doença para que sejam percebidos como realidades naturais, alheias às populações, às suas histórias e às suas estruturas sociais.

Princípio da unidirecionalidade

A unidirecionalidade caracteriza a intervenção monológica, ou seja, a existência de um fluxo comunicativo que se movimenta a partir dos profissionais em direção à chamada (de forma desafortunada) “população-alvo”, mas não a partir desta em direção aos primeiros. Trata-se da aplicação acrítica do modelo de comunicação clínica biomédica no terreno da educação para a saúde, de maneira que a população assume a posição do paciente e o educador sanitário a do terapeuta. O essencial é que nesse caso nos deparamos com um desconhecimento sistemático da perspectiva nativa e dos comportamentos, atitudes e valores que a essa perspectiva vêm associados. O ponto de partida da lógica unidirecional é que, uma vez que os conhecimentos nativos são leigos, não é necessário ter conhecimento deles para o desenvolvimento das intervenções. Trata-se novamente da atualização da imagem que antes assinalamos dos usuários como recipiente “vazio” de conhecimentos ou “cheio” de preconceitos. Em ambos os estereótipos, o que permite definir a posição dos usuários em seu suposto não-saber é estar diante do posicionamento dos profissionais como sujeitos de saber.

Exemplo típico são as campanhas organizadas pelos meios de comunicação de massa, as quais não facilitam uma bidirecionalidade comunicativa. Não obstante, também podemos considerar unidirecionais os programas organizados pelas equipes de saúde que prescindem de uma análise de situação exaustiva da realidade local, ou que limitam essa análise às estatísticas de morbidade e mortalidade ou a um inventário de necessidades construído exclusivamente sob a ótica dos profissionais. Trata-se, portanto, de um modelo teórico de comunicação que pode adquirir, na prática, expressões que oscilem desde colocações totalmente unidirecionais até iniciativas híbridas ou mistas, desenvolvidas a partir de um conhecimento parcial ou incompleto das realidades sociais. No entanto, em todos esses casos, a unidirecionalidade se converte em monológica, uma vez que se lhe acrescenta outro atributo que a amplifica: a hierarquia.

Princípio da hierarquia

Foucault e os pensadores da Escola de Frankfurt declararam que toda forma de saber é também uma forma de poder. No nosso caso, não é difícil argumentar que a ideia de que os discursos populares estão determinados pela imprecisão e pela superstição não deixa de incluir uma forma mais ou menos sutil de dominação amparada pelos discursos cientificistas. A atribuição de posições de saber e de não-saber no jogo comunicativo é também uma justificativa para a ação verticalizada e unidirecional e, nessa medida, a educação em saúde é cenário de uma relação de poder que, por outro lado, não é nova.

No contexto histórico europeu, a prevalência do modelo verticalizado e monológico nas intervenções sócio-sanitárias tem sido uma constante. Alguns exemplos: a articulação da *Medizinischepolizei* ou polícia médica nos séculos XVII e XVIII, na Alemanha; políticas sanitárias da chamada medicina urbana francesa, do século XVIII, ou das medidas legislativas (a famosa “Lei de Pobres”); e a beneficência para reduzir a mortalidade da classe operária na Inglaterra do século XIX. Em todos os casos, a orientação verticalizada emerge como uma variável que mantém a sua vigência no período colonial, sendo potencializada com o passar do tempo pela progressiva “confiança”⁶ que as populações estabeleceram com os sistemas profissionais ou “*expert systems*”.

A maioria das discussões e críticas ao modelo monológico e unidirecional são centralizadas em sua ineficácia para estimular a participação dos cidadãos e para capacitar (“empoderar”) as populações em matéria de saúde. Esse tipo de intervenção apresenta tendência ao fomento da passividade e à percepção, por parte dos usuários, dos discursos dos educadores sanitários como distantes e impositivos. São razões pelas quais esse modelo entra em contradição com os objetivos que geralmente são considerados importantes para a promoção da saúde pelas agências internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS). Por exemplo, a partir do modelo monológico, dificilmente podem ser cumpridas algumas das prioridades que estão estipuladas na Declaração de Jacarta^b sobre promoção da saúde no século XXI, como o fomento da responsabilidade social em saúde, o estímulo do associacionismo ou o “empoderamento” dos indivíduos e das comunidades para a manutenção da saúde e a luta contra a doença.

ETNOGRAFIA: RUMO A UM MODELO DIALÓGICO

Como se deve esperar, um modelo dialógico de intervenção deve estar constituído por critérios inversos àqueles que definiam o protótipo monológico. Em outras palavras, uma intervenção dialógica deve ser:

multidimensional, em vez de unidimensional, bidirecional, no lugar de unidirecional, e basear-se em relações simétricas e de reciprocidade ao invés de implicar em um enfoque hierárquico ou impositivo. De fato, o modelo de educação para a saúde, conhecido como participativo, poderia ser considerado como dialógico, pois inclui os três princípios citados anteriormente.

O problema é que as diferentes estratégias participativas não conformam um paradigma homogêneo. Dentro dessa orientação, confluem filosofias e intervenções tão diversas como as diretrizes contemporâneas e programáticas da OMS (Declaração de Jacarta), o enfoque gramsciano do *Centro Sperimentale di Educazione Sanitaria* de Perugia,^{1,19} e as contribuições mais isoladas de peritos como Freudenberg,⁴ Rifkin,¹⁷ Werner²⁴ e Vuori,²² entre outros. Com algumas exceções, como a Escola de Perugia, que aprofunda de forma lúcida no modelo participativo e que já é referente clássico nesse campo, as orientações recaem frequentemente numa falta de fundamentação teórica das suas propostas. Em muitos desses casos, a base ideológica e política assume uma excessiva preponderância, sem que se leve em conta que os dogmas podem debilitar os sentidos nativos e gerar uma nova forma de dominação. Por essa razão, faz-se necessário aprofundar nos três critérios invertidos do modelo dialógico, de modo a refletir sobre questões evitadas na prática.

Princípio de multidimensionalidade

Uma proposição multidimensional supõe algo mais que uma simples ampliação do repertório de fatores que intervêm nos processos de saúde e doença. Não se trata de um simples agregado de variáveis sociais, culturais, econômicas, políticas, entre outras, sobre o núcleo resistente do monológico: a dimensão biológica. A soma dos fatores deve modificar também a natureza da teoria explicativa existente; do contrário, estaríamos diante dessa variante da perspectiva unidimensional que se oculta na maioria das orientações biopsicossociais em medicina e psiquiatria e que se estrutura a partir de uma hierarquia que está na raiz do próprio termo bio-psico-social. Mais objetivamente, esses modelos entendem que a dimensão social dos processos de saúde e doença está determinada pela dimensão psicológica e esta, por sua vez, sujeita ao nível biológico. Isto é, nessa trilogia supõe-se que existam caminhos de determinação de baixo (biologia) para cima (sociedade), mas não o inverso. Acrescenta-se que o termo biopsicossocial costuma, também, descrever uma hierarquia existente nesses âmbitos profissionais: “bio” (médico), “psico” (psicólogo), “social” (assistente social). Nela existem caminhos possíveis de baixo para cima (um médico que aja como psicólogo), mas não o inverso (um psicólogo que aja como médico).

^b Organização Mundial da Saúde. A Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI. Jacarta: 1997. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_portuguese.pdf

Tanto a aproximação unidirecional pura (o determinismo biológico) como sua formulação mais complacente – o modelo biopsicossocial – costumam entrar em contradição com situações reais em que os processos sociais afetam e determinam as dimensões biológicas da doença. Exemplos clássicos, muito generalizados, são o impacto da pobreza na morbi-mortalidade das populações ou o papel da exploração trabalhista no número de acidentes de trabalho. Ao negar ou priorizar a determinação biológica sobre a social ou a socioeconômica, produz-se uma mistificação, um mascaramento das relações sociais envolvidas nos processos de saúde e doença, e um tipo de intervenção tão centrada no “corpo biológico” como descentrada dos “corpos sociais e biopolíticos”. O mascaramento transcende o nível da análise e atinge o da intervenção, pois as ações educativas se dirigirão aos espaços individualizados (por exemplo, aos trabalhadores, na prevenção de acidentes), e não ao restante de atores e instâncias sociais envolvidas no processo (por exemplo, empresas e poderes públicos que podem reduzir a subcontratação e a insalubridade).

Nessa perspectiva, a multidimensionalidade não deve limitar-se a uma hierarquia estruturada a partir do determinismo biológico e, por isso, tanto a análise de situação como a intervenção devem levar em conta as relações de multicausalidade que estão por trás de uma conduta de risco ou de um determinado fenômeno de morbi-mortalidade. O papel da etnografia nesse contexto é o de proporcionar a sua clássica visão holística e contextualizadora.

Princípio de bidirecionalidade

A bidirecionalidade, ou o intercâmbio de mensagens, idéias, representações, informações entre os profissionais e os grupos sociais nos quais se intervém, é um princípio intrínseco aos modelos de educação sanitária como o modelo participativo. Assim, a bidirecionalidade e a participação não são possíveis sem um acesso ao campo por parte dos educadores sanitários. A etnografia oferece um modelo tanto para a tomada de contato como para o estabelecimento de pontes de comunicação com a realidade local.

Diferentemente do clínico, que estabelece sua relação com o paciente a partir da oposição saber/não-saber, na qual o paciente costuma ser o que se dirige tanto ao território simbólico como ao território real do primeiro, o processo etnográfico supõe uma inversão desses papéis e situações.¹² No trabalho de campo, o etnógrafo é quem adota uma posição de não-saber (sobre a realidade local) e o informante, a de saber. Além disso, é o investigador que se transfere para o contexto do informante, e não o contrário. São razões pelas quais podemos afirmar que os papéis dos clínicos e dos etnógrafos são, em grande parte, inversos.

Como assinalado anteriormente, nos modelos unidirecionais o protótipo de relação clínica é o que está governando as relações e impedindo um conhecimento do ponto de vista nativo e da realidade local. Nesse contexto, o enfoque etnográfico permite dar uma virada na situação. O acesso ao campo, a posição de não-saber, o contato e, inclusive, a simples entrevista com os atores sociais implicam uma forma de análise e de intervenção de tipo fundamentalmente hermenêutico. Ou seja, o etnógrafo procura um saber que é de outro e está despojando-se de seu jargão técnico para assimilar o vocabulário e o universo dos sentidos dos seus informantes. Nesse aspecto, a etnografia se assemelha à leitura de um texto ou à decifração de um hieróglifo, pois nesses casos o leitor-intérprete não sobrepõe um código à obra, porém trata de descobrir o código que dá sentido a essa obra ou a esse hieróglifo. Transposto ao terreno da antropologia, o código do texto converte-se na chamada cultura local, ponto de vista nativo ou perspectiva êmica

Princípio da simetria

O terceiro desafio para a promoção da saúde é o estabelecimento de uma relação simétrica entre os profissionais e os grupos sociais que fomentem a participação social em saúde. Partindo de uma posição mais ideológica, Werner²⁴ descreve dois tipos de participação: a débil e a forte, que em realidade são dois pólos para dispor as diferentes intervenções. A participação débil se caracterizaria por uma direcionalidade marcada de cima (dos profissionais) para baixo (à comunidade) e por uma série de premissas, como o verticalismo, o controle social por parte dos profissionais, a desigualdade e a manipulação. Por outro lado, a participação forte supõe a direcionalidade inversa, de baixo (da comunidade) para cima (aos profissionais). A “igualdade”, a “liberação”, a “autogestão”, o “controle por parte do povo” e a “horizontalidade” são os principais elementos.

Está claro que o modelo de “participação forte” que este autor defende pode entrar em contradição com a própria existência de profissionais. Na realidade, o modelo de Werner segue sendo vertical, unidirecional e monológico, ainda que seja uma verticalidade inversa ao modelo da “participação débil”. Essa falta de precisão na definição do modelo participativo faz com que a sua capacidade denotativa perca força.

Diferenciando-nos do modelo de Werner, defendemos um modelo que coloque os diferentes atores sociais em uma posição de maior reciprocidade sem desfigurar o papel ativo dos profissionais. Em muitas ocasiões, a função dos sistemas profissionais deve ser de acompanhar as decisões e estimular a sociedade civil e o associacionismo como contrapoder das políticas nacionais e transnacionais em saúde. Os profissionais são também parte da comunidade local e global na qual

desenvolvem o seu papel e, nessa medida, não contar com eles ou colocá-los numa posição subalterna só pode conduzir a uma nova “participação débil”. É possível estimular os programas de promoção da saúde explorando as possibilidades do método etnográfico, pois o estabelecimento de uma maior simetria resulta também em maior co-responsabilidade e “empoderamento” dos atores e grupos sociais.

CONCLUSÕES

Os desafios contemporâneos da educação e promoção de saúde não podem afrontar-se exclusivamente a partir do exercício de delegação nos sistemas profissionais de tipo sanitário, com seus sofisticados protocolos para a investigação, intervenção, informação e o *management*. Os grupos sociais estão vivendo as suas realidades locais e também as limitações de um mundo cada vez

mais interdependente. É uma tarefa (e também uma responsabilidade) dos diferentes sistemas profissionais o seu reconhecimento como comunidades ativas na tomada de decisões em saúde. Nesse contexto, o método etnográfico pode aportar um modelo de relação dialógica, pois oferece uma base epistemológica e metodológica para estar “entre” (*Zwischen*) os coletivos profissionais e leigos.⁵ Na realidade, não é muito audaz afirmar que só uma posição intersticial é capaz de facilitar um “desprendimento” das concepções da tradição dos profissionais e uma reconfiguração da sua experiência a partir da proximidade com os saberes leigos. Nesse exercício de desprendimento, encontramos as condições desejadas para um exercício autocrítico e auto-refletivo nos sistemas sanitários, para uma compreensão (*Verstehen*) dos diferentes mundos locais em um horizonte de uma relação dialógica que impulse a participação social em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Bartoli P. Antropología en la educación sanitaria. *Arxiu d'Etnogr Catalunya*. 1989; 7:17-24.
2. Bletzer KV. Use of ethnography in the evaluation and targeting of HIV/AIDS education among Latino farm workers. *AIDS Educ Prev*. 1995;7(2):178-91.
3. Good MJ. Local knowledge: research capacity building in international health. *Soc Sci Med*. 1995;35(11):1359-67.
4. Freudenberg N. Shaping the future of health education from behavior change to social change. *Health Educ Monogr*. 1978;6(4):373-77.
5. Gadamer HG. Verdad y método. Salamanca: Sígueme; 1977.
6. Giddens A. The consequences of modernity. Stanford: Stanford University Press; 1990.
7. Good B. Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective. Cambridge: Cambridge University Press; 1994.
8. Green LW. Modifying and developing health behavior. *Ann Rev Public Health*. 1984;5:215-36. DOI:10.1146/annurev.pu.05.050184.001243
9. Green LW, Kreuter MW. Health promotion as a public health strategy for the 1990s. *Annu Rev Public Health*. 1990;11:319-35. DOI:10.1146/annurev.pu.11.050190.001535
10. Kendall C, Foote D, Martorell R. Anthropology, communications, and health: the mass media and health practices program in Honduras. *Hum Organ*. 1983;42 (4):353-60.
11. Maiman LA, Becker M. The health belief model: origins and correlates in psychological theory. In: Becker MH, editor. The health belief model and personal behavior. Thorofare: Charles B. Slack; 1974. p. 9-26.
12. Martínez-Hernández, A. What's Behind the Symptom? London & New York: Routledge; 2000.
13. Missoni E, Pacileo G. Elementi di salute globale. Globalizzazione, politiche sanitarie e salute umana. Milano: FrancoAngeli; 2005.
14. Muela Ribera J, Hausmann-Muela S, D'Alessandro U, Grietens KP. Malaria in pregnancy: What can the social sciences contribute? *PLoS Med*. 2007;4(4):e92. DOI:10.1371/journal.pmed.0040092
15. Nichter M. Anthropology and International Health: South Asian case studies. Dordrecht: Reidel; 1989.
16. Paul B. Health, Culture and Community: Case Studies of Public Health Reactions to Health Programs. New York: Russell Sage Foundation; 1955.
17. Rifkin, SB. Lessons from community participation in health programs. *Health Policy Plan*. 1986;1(3):240-9. DOI:10.1093/heapol/1.3.240
18. Scheper-Hughes N. Death without Weeping: the violence of everyday life in Brazil. Berkeley: University of California Press; 1992.
19. Seppilli T, Petrangeli E, Martínez-Hernández A. Health for All in Latin America. *Rev Antropol Soc*. 2005;14:237-40.
20. Shin S, Furin J, Bayona J, Mate K, Kim JY, Farmer P. Community-based treatment of multidrug-resistant tuberculosis in Lima, Peru: 7 years of experience. *Soc Sci Med*. 2004;59(7):1529-39. DOI:10.1016/j.socscimed.2004.01.027
21. Taussig T. Reification and the consciousness of the patient. *Soc Sci Med*. 1980; 14B(1):3-13
22. Vuori H. La participación comunitaria en Atención Primaria de Salud: un medio o una finalidad en sí misma. *Atenc Primar*. 1992;10(9):1036-48.
23. Ware NC, Idoko J, Kaaya S, Biraro IA, Wyatt MA, Agbaji O, et al. Explaining adherence success in sub-Saharan Africa: an ethnographic study. *PLoS Med*. 2009;6(1):e11. DOI:10.1371/journal.pmed.1000011
24. Werner D. ¿Participación comunitaria en salud? Palabras introductorias. In: Haro JA, Keijzer B, editores. Participación comunitaria en salud: evaluaciones de experiencias y tareas para el futuro. Hermosillo: El Colegio de Sonora; 1998. p.13-20.

Trabalho apresentado no VII Congresso Internacional de la Sociedad Española de Antropología Aplicada, Santander, Espanha, em 2006.

O autor declara não haver conflito de interesses.