



e-ISSN: 2177-8183

**ANTROPOLOGIA NA EDUCAÇÃO MÉDICA:
CAMINHOS POSSÍVEIS PARA (RE)PENSAR A FORMAÇÃO MÉDICA**

**ANTHROPOLOGY IN MEDICAL EDUCATION:
POSSIBLE WAYS TO THINK AND RETHINK MEDICAL TRAINING**

**ANTHROPOLOGIE DANS L'ÉDUCATION MÉDICALE:
VOIES POSSIBLES POUR (RÉ)PENSER LA FORMATION MÉDICALE**

*Hebert Luan Pereira Campos do Santos
ohebertluan@gmail.com
Graduando em Medicina
Instituto Multidisciplinar em Saúde
Universidade Federal da Bahia*

*Fernanda Beatriz Melo Maciel
fernandamaciel.ufba@gmail.com
Graduanda em Medicina
Instituto Multidisciplinar em Saúde
Universidade Federal da Bahia*

*Ruth Ellery Lima Flores
ruth.ellery.re@gmail.com
Graduanda em Medicina
Instituto Multidisciplinar em Saúde
Universidade Federal da Bahia*

*Paulo Rogers da Silva Ferreira
paulo.rogers@ufba.br
Doutor em Antropologia
Professor Adjunto
Instituto Multidisciplinar em Saúde
Universidade Federal da Bahia*

RESUMO

A formação médica constitui um tema importante e sempre atual sendo alvo constante de preocupação entre educadores, pesquisadores e de políticas públicas. A inserção obrigatória das ciências sociais nos currículos médicos foi uma das últimas atualizações realizadas pela Diretriz Nacional Curricular visando dar conta das necessidades do cuidado em saúde. Neste artigo, objetivou-se refletir acerca da inserção do ensino da antropologia no curso de medicina e as possibilidades suscitadas por este, principalmente, para contextualizar culturalmente as concepções, os cuidados e as técnicas dentro da profissão de médico. Buscando trazer o que a medicina tem a aprender com a antropologia, utilizou-se de dois conceitos estruturantes da antropologia, a saber: a interculturalidade e o relativismo cultural. Foi constatado que a antropologia tem se consolidado como uma das disciplinas fundamentais à formação médica.

Palavras-chave: formação médica. medicina. antropologia.

ABSTRACT

Medical education is an important and current theme, so it often becomes thematic of reflection among educators, researchers and public policies. The mandatory inclusion of the social sciences in medical curricula was one of the latest updates made by the National Curriculum Directive to cover necessary changes in health care. This article aims to reflect on the insertion of anthropology in the medical course and to present the possibilities to culturally contextualize medical conceptions, care and techniques. In addition to presenting what medicine has to learn from anthropology, two structuring concepts of anthropology were used, among them: interculturality and cultural relativism. It has been found that anthropology has established itself as one of the fundamental disciplines for medical education.

Key words: medical training. medicine. anthropology.

RÉSUMÉ

La formation médicale est un sujet important et toujours d'actualité, qui est une préoccupation constante des éducateurs, des chercheurs et des politiques publiques. L'insertion obligatoire des sciences sociales dans les programmes d'études médicales a été l'une des dernières mises à jour apportées par la directive nationale sur les programmes d'études pour répondre aux besoins des soins de santé. Dans cet article, l'objectif était de réfléchir sur l'insertion de

l'enseignement de l'anthropologie dans le cursus médical et les possibilités qui en découlent, principalement, de contextualiser culturellement les conceptions, soins et techniques au sein de la profession médicale. Cherchant à apporter ce que la médecine doit apprendre de l'anthropologie, deux concepts structurels de l'anthropologie ont été utilisés, à savoir: l'interculturalité et le relativisme culturel. Il a été constaté que l'anthropologie s'est consolidée comme l'une des disciplines fondamentales de la formation médicale.

Mots-clés: formation médicale; médecine; anthropologie.

INTRODUÇÃO

Este artigo é resultado de texto reflexivo produzido por alunos do curso de Graduação em Medicina do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (IMS/UFBA), sob supervisão de seu professor antropólogo, após o primeiro contato destes alunos com a disciplina antropologia, sendo esta parte integrante do currículo. Com a emergência do conceito ampliado de saúde, a formação médica vem revendo seus conceitos, rituais, discursos e práticas, incluindo, no bojo da sua conformação, a importância e a emergência dos contextos culturais dos pacientes (itinerários terapêuticos¹) para a (re)formulação dos diagnósticos, da atenção, do cuidado e do ensino em medicina.

Esta mudança de paradigma, que inclui o contexto cultural do paciente na formação médica advém do desdobramento da chamada Reforma Sanitária Brasileira² com a criação do Sistema Único de Saúde³ (SUS), este

¹ Por itinerários terapêuticos, Ana Lúcia Cabral *et al.* entendem: "Itinerários terapêuticos são constituídos por todos os movimentos desencadeados por indivíduos ou grupos na preservação ou recuperação da saúde, que podem mobilizar diferentes recursos que incluem desde os cuidados caseiros e práticas religiosas até os dispositivos biomédicos predominantes (atenção primária, urgência, etc.)" (CABRAL *et al.* 2011, p. 4434).

² No que diz respeito à Reforma Sanitária Brasileira, Carlos Henrique Assunção Paiva e Luís Antônio Teixeira acrescentam: "Constituir-se-ia o movimento pela saúde, no período da

compreendido como uma política de saúde de natureza macrossocial (BRASIL, 1990; PAIM, 2009; BATISTA; GONÇALVES, 2011; SIQUEIRA-BATISTA *et al.*, 2013; BOING; CREPALDI, 2014).

Podemos dizer que a formação médica na atualidade está sendo reformulada com base em debates levantados ao longo da construção do SUS por intermédio de um novo paradigma sanitário, fundamentado na teoria da produção social da saúde, esta que busca uma “[...] compreensão contextualizada[...] e que quer, portanto, conhecimento e prática interdisciplinar e intersetorial” (BOING; CREPALDI, 2014, p. 753).

Sendo assim, em consonância com as premissas estabelecidas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), no artigo 3º, o perfil do futuro profissional médico terá que apresentar formação generalista, humanística, crítica e reflexiva para atuar em todos os níveis de atenção, pautado em princípios éticos, no contexto biossociocultural do processo de saúde-doença, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde e na perspectiva da integralidade da assistência (BRASIL, 2014).

As novas DCN propõem, em síntese, que a formação do médico seja orientada pelas necessidades de saúde da população, calcadas na integração e interdisciplinaridade, o que torna as ciências sociais imprescindíveis, em especial a antropologia, na formulação deste processo (BRASIL, 2014). Apesar dos avanços na área da formação médica, há muitos desafios a serem superados e propostas a serem readequadas.

Este artigo busca, portanto, aprofundar a formação médica, superando o tecnicismo a ela atrelada e levando em consideração à contribuição da

redemocratização (1986-1988), na busca de reforma que lançasse novas bases para a saúde no país e marcasse o surgimento de um novo projeto que, em perspectiva de mais longo alcance, reformaria o estado de proteção social, em um contexto de transformações democráticas” (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 27)

³ Quanto ao Sistema Único de Saúde (SUS), Jairnilson Paim define: “Inspirado em valores como igualdade, democracia e emancipação, o SUS está inserido na Constituição, na legislação ordinária e em normas técnicas e administrativas” (PAIM, 2018, p. 1724).

antropologia, isto é, da entrada de novos saberes e técnicas plurais à reelaboração desta formação.

EM CONTATO COM A ANTROPOLOGIA

Os conceitos de doença e de saúde são decorrentes de contextos biológicos, culturais, sociais, políticos, econômicos, etc. Eles dependem ainda de concepções filosóficas, religiosas, individuais, afetivas, etc. (UCHOA; VIDAL, 1994; SCLiar, 2007; AYRES, 2007; SARTI, 2010). E esta característica multifocal acarretará, inevitavelmente, no problema de como se relacionam estes distintos contextos no campo da formação médica.

A antropologia, como disciplina integrante da formação médica, tem nos conceitos de saúde e de doença, sendo estes delimitados epistemologicamente pelo jargão médico, o próprio campo científico que produz “verdade” e “racionalidade” biomédica sobre tais concepções (GOOD, 1994; KLEINMAN, 1980).

Na formação médica, a antropologia se divide em duas vertentes: a antropologia médica (ou etnomedicina) e a antropologia da saúde. No caso da primeira vertente, um diálogo restrito com a lógica do saber biomédico, seja delimitando culturalmente este saber, seja criticando-o⁴. No caso da segunda vertente, uma antropologia da saúde (ou da doença), em que o entendimento da pluralidade de culturas ocidentais e não ocidentais sobre o processo saúde-doença-cuidado não se restringe a cultura biomédica.

Ambas as abordagens são integradas no currículo proposto pelo IMS/UFBA tendo em conta uma formação que perceba o papel cultural do médico em contato com a pluralidade de saberes dos contextos culturais dos

⁴ A antropologia médica crítica é uma vertente da antropologia médica que nasce na América do Norte, enquanto a Antropologia da Saúde se desenvolve na América Latina, em um período de crítica a antropologia culturalista que desprezava as questões sociais, políticas, econômicas nas concepções do processo saúde-doença-cuidado (NUNES, 2014).

pacientes.

A priori, a relação entre as duas subáreas da antropologia (médica e da saúde) pode gerar certo estranhamento para os estudantes de medicina, porém, ao observar o exercício da formação médica enquanto uma aplicação do saber científico, direcionado ao indivíduo e à coletividade, é possível perceber um impacto capaz de interferir na dinâmica cultural, seja da cultura biomédica (etnomedicina), seja na necessidade de compreender as dimensões coletivas do processo doença-saúde-cuidado de pacientes.

Uma vez revisto o etnocentrismo da cultura biomédica por parte dos alunos de medicina, o que conduz ao estranhamento do familiar que é o estranhamento da prática médica para o médico, o entendimento antropológico dos contextos culturais (dos médicos e dos pacientes) exigirá, finalmente, do profissional em medicina, abordagens igualmente diferentes, para que o respeito pela diferença cultural sobre o processo saúde-doença-cuidado seja considerado.

Ademais, Porto (2013) enfatiza a relação médico-paciente como parte fundamental da formação médica e ressalta a importante contribuição das ciências sociais para construí-la de forma eficiente:

É indispensável à aquisição de conhecimentos básicos das Humanidades (filosofia, antropologia, psicologia, sociologia e outras), pois a relação médico-paciente ultrapassa o âmbito dos fenômenos biológicos, dentro do qual se costuma aprisionar a profissão médica. (PORTO, 2013, p. 21)

E é assim que o ensino de antropologia médica e da saúde na formação médica busca sanar o duplo objetivo proposto por Clarice Cohn para o ensino da antropologia na área da saúde, isto é, “demonstrar como o debate da antropologia (e um olhar antropológico) pode auxiliar na prática e na produção de conhecimentos na área da saúde e demonstrar como o

debate sobre fenômenos da saúde se desenvolve na antropologia” (COHN, 2011, p. 43).

Eis, portanto, a alteridade necessária a uma relação dialógica entre médico e paciente, pluralizando o olhar da formação médico pela diversidade cultural do que é acometimento.

INTERCULTURALIDADE: A INTERSEÇÃO DIALÓGICA ENTRE DUAS CIÊNCIAS

A interculturalidade em educação, como também em saúde, é um conceito recente advindo do ensinamento antropológico. Ele tem sido fundamental na formação médica. Para Reinaldo Matias Fleuri (2003):

[...] um complexo campo de debate entre as variadas concepções e propostas que enfrentam a questão da relação entre processos identitários socioculturais diferentes, focalizando especificamente a possibilidade de respeitar as diferenças e de integrá-las em uma unidade que não as anule. A intercultura vem se configurando como uma nova perspectiva epistemológica, ao mesmo tempo é um objeto de estudo interdisciplinar e transversal, no sentido de tematizar e teorizar a complexidade (para além da pluralidade ou da diversidade) e a ambivalência ou o hibridismo (para além da reciprocidade ou da evolução linear) dos processos de elaboração de significados nas relações intergrupais e intersubjetivas, constituídas de campos identitários em termos de etnias, de gerações, de gênero, de ação social. (FLEURI, 2003, p.17)

Cabe ressaltar que ainda que, segundo Albó (2003), a interculturalidade, pode se materializar, trazendo aspectos qualitativamente positivos e negativos às relações entre ela estabelecidas, sobretudo nas dimensões educacionais. Considera-se que quando a relação intercultural acaba destruindo ou reduzindo o que é culturalmente distinto (etnocídio) ou até mesmo quando há simplesmente a assimilação de uma cultura por outra, este dado é negativo.

Ora, o que se faz positivo é o resultado da aceitação do que é culturalmente distinto na troca de conhecimentos, com enriquecimento mútuo. Dessa forma, a ascensão e manutenção de uma provável medicina intercultural vêm sendo fundamentadas em diversos institutos educacionais, com foco na pedagogia de ensino requer maiores compreensões e aprimoramentos.

Frente a isso, Roberto Campos Navarro (1999) propõe conceitualmente a medicina intercultural como a prática e o processo relacional que se estabelece entre os profissionais de saúde e pacientes de culturas distintas, a qual requer um entendimento recíproco para que os resultados do contato - consulta, intervenção ou aconselhamento, entre outros - sejam satisfatórios para as partes envolvidas.

A Medicina intercultural se constitui em um processo permanente de transações que envolve uma enorme quantidade de adaptações, adequações e intercâmbios em nível técnico, teórico e ideológico e emerge como uma proposta pedagógica que busca desenvolver relações de cooperação, respeito e aceitação, entre diferentes culturas e sujeitos, visando dessa forma, preservar as identidades culturais, com o objetivo de propiciar a troca de experiências, e o enriquecimento mútuo (OYARCE, 2008).

Noronha (2010) enaltece que a interculturalidade em saúde é a "[...] capacidade de mover-se equilibradamente entre conhecimentos, crenças e práticas culturais que dizem respeito à saúde e à doença, à vida e à morte, ao corpo biológico, social e relacional" (NORONHA, 2010 apud OYARCE, 2008). A concretização desta interculturalidade se faz à medida que as experiências em saúde passam a ser relatadas sobre a ênfase dos aspectos práticos das ações, na identificação de um conjunto de problemas voltados para situações socioeconômicas que limitam o desenvolvimento das formulações e gestão de sistemas plurais de cuidados à saúde.

É sugerido que seja incorporado aos currículos uma análise de conceitos básicos vigentes na esfera da saúde a partir dos contextos culturais com as quais o futuro profissional vai trabalhar. Desse modo, para além da formação cognitiva, deve-se assegurar, no campo da formação intercultural aos profissionais de saúde, aqui em destaque os futuros médicos, uma atitude de abertura, aceitação e sintonia com os pacientes culturalmente distintos.

O QUE SERIA O “MELHOR CUIDADO” EM SAÚDE?

Como delimitar, portanto, o “melhor cuidado” em saúde? É José Ricardo Ayres (2007) que nos dá uma pista:

Valorizar [...] o cuidado implica assumir que a objetualidade, inerente a qualquer ação de saúde, não deve ser o produto de um saber exclusivamente instrumental, provido pelo arsenal científico-tecnológico de um profissional ou serviço que se aplica sobre um substrato passivo, o usuário ou a população. A objetualidade deve se produzir no encontro entre os sujeitos autênticos que buscam soluções convenientes, sob o ponto de vista de ambos, para a prevenção, superação e/ou recuperação de processos de adoecimento. (AYRES, 2007, p.52-53)

Dito de outra maneira, um cuidar em saúde que não seja etnocêntrico, isto é, que não se centre apenas no modelo biomédico de cuidado centrado em um saber biomédico. O cuidado em saúde se configura, portanto, como uma experiência de encontro, de trocas dialógicas, de crenças, de ritos, de diversidade cultural de saberes entre médicos e pacientes, revelando, assim, que o modelo biomédico sobre o processo saúde-doença-cuidado é apenas uma das lógicas possíveis.

Corroborando com esta questão, Oliveira (2002) assinala sobre etnocentrismo no atendimento em saúde:

Em geral, tem-se a visão de que o atendimento à saúde é organizado pelos técnicos para ser simplesmente “usufruído” pelos pacientes, que assumiram uma posição um tanto quanto passiva diante do que lhes é ofertado – talvez devêssemos dizer que os serviços de saúde são “equipecêtricos”, um tipo particular de etnocentrismo, em que a equipe de saúde passa a julgar seus usuários a partir da visão de seus membros, estabelecendo unilateralmente o que é certo ou errado, adequado ou inadequado em relação ao cuidado à saúde. Convém lembrar, porém, que é esse “leigo” quem faz a escolha final se realiza ou não a consulta, quando vai fazê-lo e onde. Mesmo depois da consulta ter-se consumado, é ainda ele quem detém o poder de cumprir ou não as determinações médicas ou mesmo procurar outras alternativas. (OLIVEIRA, 2002, p. 70)

Observa-se que a construção deste cuidado em saúde e desta relação médico-paciente a qual tanto se refere estes profissionais recai sobre a construção de um único tipo de cultura, a cultura biomédica (etnocentrismo em saúde). Para Carvalho (1997), o etnocentrismo consiste, de modo mais objetivo “[...]em privilegiar um universo de representações propondo-o como modelo e reduzindo à insignificância os demais universos e culturas ‘diferentes’”(CARVALHO, 1997).

A compreensão deste conceito por parte dos graduandos em medicina traz para a prática profissional futura a capacidade de repensar que cultura biomédica é esta a qual o médico sobrepõe todas as demais culturas e que cuidado é este que ele considera o “melhor” para o paciente. O êxito terapêutico, tão almejado pelos profissionais da saúde e pelo sistema formativo desses estudantes, só se concretizará se houver a compreensão de que um sistema de saúde é, sobretudo, um sistema intercultural de saúde de médicos e de pacientes.

O que se percebe durante a formação médica em contato com a antropologia no curso de graduação em medicina supracitado é que, mesmo deparando-se com sistemas culturais diversos ao do médico (no caso os dos

pacientes), há uma tendência formativa nos cursos de medicina em geral a não relativizar o próprio saber médico como cultura. Nesta mesma direção, o que se percebe é um etnocentrismo pedagógico que busca nivelar as diferenças culturais e que, em certa medida, não favorece a compreensão de que cada cultura é única dentro do seu contexto e da sua realidade, segundo os seus padrões, os seus moldes e processos, em sua delimitação do processo saúde-doença-cuidado (MARCONI; PRESOTTO, 2006).

Superar a concepção do que venha a integrar o “melhor cuidado” requer a introdução do ensinamento antropológico na formação médica, pois ele contribui, sobremaneira, para alargar visões e romper esquemas etnocêntricos da cultura biomédica (SOUZA, 2007; SARTI, 2010). Dito de outra maneira, trata-se de valorizar as desigualdades culturais diversificando, assim, o entendimento da formação médica. Para Sarti (2010):

No enfrentamento do caráter fundante e inelutável dessa tensão – um movimento permanente entre o dentro e o fora -, está a possibilidade de a antropologia dar sua contribuição efetiva aos estudos do corpo e da doença, constituindo-se em referência alternativa à racionalidade biomédica. (SARTI, 2010, p. 77)

Trata-se, portanto, de alternativas que não excluem o saber biomédico. Pelo contrário, o faz rever que o centro dos saberes se localiza em muitos lugares de fala, de crenças.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo buscou situar o resultado do primeiro contato de acadêmicos de medicina do IMS/UFBA com a disciplina antropologia, vislumbrando contribuir para que a formação médica diversifique o seu olhar sobre o

processo doença-saúde-cuidado. Salieta-se aqui o reconhecimento do Ministério da Educação na implementação do ensino de antropologia nas escolas médicas.

O recurso à contribuição da antropologia médica (etnomedicina), delineando ou criticando a racionalidade médica, assim como da antropologia da saúde (ou da doença), operando a partir de uma pluralidade de culturas ocidentais e não ocidentais sobre o processo saúde-doença-cuidado, isto é, não restrita a cultura biomédica, foi fundamental como base teórica e prática para o entendimento do conceito ampliado de saúde em medicina. Ambas as subáreas da antropologia têm servido, não para refutar o saber biomédico, mas para acrescentar outras perspectivas, descentralizando este primeiro. Pois é preciso, como reforça Maria Cecília de Souza Minayo (1988):

Não [...] fazer uma crítica leviana nem ao sistema 'oficial' de saúde, nem aos grandes esforços socialmente reconhecidos da medicina moderna para vencer as doenças. É preciso, no entanto, nos lembrarmos de que o conhecimento humano é finito, historicamente limitado e contextualizado. Da mesma forma que a visão de saúde-doença da população se apoia nas suas condições reais de existência, também a ideologia que embasa a prática médica se produz dentro dos limites do processo social. (MINAYO, 1988, p. 379)

Sendo assim, as considerações trazidas neste texto reflexivo não pretendem encerrar as discussões em torno deste tema, mas abrir caminhos para novas reflexões e possibilidades de desenvolver trabalhos nesta perspectiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBÓ, Xavier. **Cultura Interculturalidad Inculturacion**. Caracas, Federación Internacional de Fe y Alegría, 2003.

AYRES, José Ricardo. Uma concepção hermenêutica da saúde. **Physis**, v.17, n. 1, p. 43-62, 2007.

BATISTA, Karina Barros Calife; GONCALVES, Otilia Simões Janeiro. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e sociedade**, v. 20, n. 4, p.884-899, 2011.

BOING, Elisangela; CREPALDI, Maria Aparecida. Reflexões epistemológicas sobre o SUS e atuação do psicólogo. **Psicologia, Ciência e Profissão**. v. 34, n.3, p.745-760, 2014.

BRASIL. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Programa Mais médicos. Governo Federal. **Ministério da Educação**, 2014.
BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Brasília, 1990.

CABRAL, Ana Lúcia Lobo Vianna; MARTINEZ-HEMAEZ, Angel; ANDRADE, Eli Loga Gurgel; CHERCHIGLIA, Mariangela Leal. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n.11, p.4433-4442, 2011.

CARVALHO, José Carlos de Paula. Etnocentrismo: inconsciente, imaginário e preconceito no universo das organizações educativas. **Interface (Botucatu)**, v. 1, n.1, p.181-186, 1997.

COHN, Clarice. O Ensino de Antropologia da Saúde na Graduação: uma experiência. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n.1, p.41-49, 2011.

FLEURI, Reinaldo Matias. Intercultura e educação. **Revista Brasileira de Educação**, v. 23, p.16-35, 2003.

GOOD, Byron. **Medicine, rationality, and experience**. Melbourne, Cambridge University Press, 1994.

KLEINMAIN, Arthur. **Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry**. Berkeley/Los Angeles, University of California Press, 1980.

_____. **Writing at the margin: discourse between anthropology and medicine**.

Berkeley/Los Angeles, University of California Press, 1995.

MARCONI, Marina de Andrade; PRESOTTO, Zélia Maria Neves. **Antropologia. Uma introdução**. São Paulo, Atlas. 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 4, n.4, p. 363-381, 1988.

NAVARRO, Roberto Campos. La medicina intercultural en hospitales rurales de América Latina. **Salud-problema**, v. 4, n.7, p. 75-81, 1999.

NORONHA, Ana Beatriz de. Interculturalidade em saúde: formando para o diálogo. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/interculturalidade-em-saude-formando-para-o-dialogo> (Acesso em 25 dez. 2019).

NUNES, Mônica de Oliveira. Da aplicação à implicação na antropologia médica: leituras políticas, históricas e narrativas do mundo do adoecimento e da saúde. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 21, n.2, p.403-420, 2014.

OLIVEIRA, Francisco Arsego de. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. **Interface (Botucatu)**, v. 6, n.10, p.63-74, 2002.

OYARCE, Ana Maria. La identificación étnica en los registros de salud: experiencias y percepciones en el pueblo mapuche de Chile y Argentina. **Documento de Proyectos 198, Nações Unidas**, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018.

_____. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Revista Saúde em Debate**, v.33, n. 81, p.27-37, 2009.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.21, n.1, p. 15-35. 2014.

PORTO, Celmo Celeno. **Semiologia Médica**. Rio de Janeiro, Guanabara

Koogan, 2013.

SARTI, Cynthia. Corpo e doença no trânsito de saberes. **RBCS**, v.24, n.74, p. 77-88, 2010.

SCIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis**, v. 17, n.1, p.29-41, 2007.

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo *et al.* Educação e competências para o SUS: é possível pensar alternativas à(s) lógica(s) do capitalismo tardio? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n.1, p.159-170, 2013.

SOUZA, Iara Maria de Almeida. Produzindo corpo, doença e tratamento no ambulatório: apresentação de casos e registro em prontuário. **Mana**, v. 13, n. 2, p.471-498, 2007.

UCHOA, Elizabeth; VIDAL, Jean Michel. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, v.10, n. 4, p.497-504, 1994.

Recebido: 20-08-2019

1ª Revisão: 15-11-2019

Aceite final: 26-12-2019