Revista de Enfermagem UFPE On Line

ISSN: 1981-8963

ARTIGO ANÁLISE REFLEXIVA

ANTROPOLOGIA DA SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS PARA A INTERPRETAÇÃO DO PROCESSO DO NASCIMENTO

HEALTH ANTHROPOLOGY: THEORETICAL CONTRIBUTIONS TO THE INTERPRETATION OF BIRTH PROCEDURE

ANTROPOLOGÍA DE LA SALUD: APORTES TEÓRICOS A LA INTERPRETACIÓN DEL PROCESO DE NACIMIENTO

Isabel Cristina Pacheco Van der Sand[1], Marisa Monticelli[2], Lúcia Beatriz Ressel[3], Ana Cristina Passarella Bretas[4], Janine Schirmer[5]

RESUMO

Objetivo: apresentar elementos teóricos da antropologia da saúde como aporte para estudos dos significados culturais do processo do nascimento. ***Método***: estudo descritivo do tipo análise reflexiva, a partir do entendimento Geertziano sobre a cultura. Trata-se da Antropologia da Saúde à luz do pensamento de Kleinman e de Menéndez. ***Resultados***: a Antropologia da Saúde representada por Kleinman, ramo da vertente interpretativista, propõe subsídios para a análise de fatores culturais que medeiam os significados relativos à saúde e à doença e que são úteis para o estudo dos sistemas culturais de cuidado em saúde. Menéndez, representante da antropologia crítica, defende a existência de diferentes modos de atenção à saúde, dentre os quais se destacam a "autoatenção" e o "modelo médico hegemônico". ***Conclusão***: esses dois modelos teóricos distintos, mas complementares entre si, mostram-se úteis para o estudo do processo do nascimento, fornecendo subsídios para o desenvolvimento de práticas culturalmente congruentes que respeitem a pluralidade dos conhecimentos. ***Descritores***: Parto; Gravidez; Período Pós-Parto; Enfermagem; Antropologia Cultural.

ABSTRACT

Objective: introducing theoretical elements of the anthropology of health as a contribution to studies of the cultural meanings of the birth process. ***Method:*** a descriptive study of reflexive type analysis, from Geertzian understanding about the culture. This is the Anthropology of Health in the light of the thought of Kleinman and Menéndez. ***Results:*** the Anthropology of Health, represented by Kleinman, branch of interpretive aspect, proposes subsidies for the analysis of cultural factors that mediate the meanings of health and disease and are useful for the study of cultural systems of health care. Menéndez, representative of critical anthropology, argues for the existence of different modes of health care, among which stand out the "self-attention" and "hegemonic medical model." ***Conclusion:*** these two different theoretical models, but complementary to each other, prove useful for the study of the birth process, supporting the development of culturally congruent practices that respect the plurality of knowledge. ***Descriptors:*** Parturition; Pregnancy; Postpartum Period; Nursing; Cultural Anthropology.

RESUMEN

Objetivo: introducir elementos teóricos de la antropología de la salud como contribución a los estudios de los significados culturales del proceso de nacimiento. ***Método:*** un estudio descriptivo de tipo análisis reflexivo de comprensión geertziana sobre la cultura. Esta es la Antropología de la Salud, a la luz del pensamiento de Kleinman y Menéndez. ***Resultados:*** la Antropología de la Salud representada por Kleinman, rama del aspecto interpretativo, propone subsidios para el análisis de los factores culturales que median los significados de la salud y la enfermedad y que son útiles para el estudio de los sistemas culturales de atención de la salud. Menéndez, representante de la antropología crítica, aboga por la existencia de diferentes formas de atención de la salud, entre los que se destacan el "auto-atención" y "modelo médico hegemónico". ***Conclusión:*** estos dos modelos teóricos diferentes, pero complementarios entre sí, resultan útiles para el estudio del proceso de nacimiento, el apoyo al desarrollo de las prácticas culturalmente congruentes que respeten la pluralidad de conocimientos. ***Descriptores:*** Parto; Embarazo; Período Postparto; Enfermería; Antropología Cultural.

[1]Nurse; Master teacher; Doctoral student, Department of Health Sciences, Federal University of Santa Maria / Center for Higher Education of the North of Rio Grande do Sul / UFSM / CESNORS. Palmeira das Missões (RS), Brazil. E-mail: isabelvan@gmail.com; [2]Nurse; PhD Retired, Department of Nursing and the Postgraduate Program in Nursing. Florianópolis (SC), Brazil. E-mail: marisamonticelli123@gmail.com; [3]Nurse; Professor at the Department of Nursing of the Center of Health Sciences, Federal University of Santa Maria. Santa Maria (RS), Brazil. E-mail: lbressel208@yahoo.com.br; [4]Nurse, Professor of Nursing and Bachelor of Social Sciences, Paulista School of Nursing, Federal University of São Paulo / UNIFESP. São Paulo (SP), Brazil. E-mail: acpbretas@ymail.com; [5]Nurse; Professor at Paulista School of Nursing, Federal University of São Paulo / UNIFESP. São Paulo (SP), Brazil. E-mail: schirmer.janine@unifesp.br

INTRODUÇÃO

Esta reflexão objetiva apresentar elementos teóricos da antropologia da saúde como um aporte para estudos que têm como objeto os significados culturais relacionados ao processo do nascimento (PN), o qual é aqui entendido como um evento multidimensional que compreende a gravidez, o parto e o pós-parto, e que envolve aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais. Por isso, o PN associa-se ao processo saúde/doença (PS/D), numa visão também ampliada deste último. A cultura refere-se a uma rede de significados contida em sistemas simbólicos e estabelecidos socialmente, nos termos da qual as pessoas de um grupo interpretam a experiência e guiam suas ações.[1]

Destaca-se que a preocupação com os aspectos culturais do PS/D não é recente entre profissionais da saúde. Na Enfermagem, os estudos iniciados na década de 1960, por Madeleine Leininger, evidenciam a pertinência da inclusão de aspectos relativos à cultura na interação enfermeiro-paciente, visando a um cuidado culturalmente congruente e eficaz.[2] Nessa perspectiva, há o (re)conhecimento de práticas de atenção distintas das produzidas pelo referencial biomédico, assim como a busca de interpretação de seus significados, os quais, muitas vezes, têm mais uma função simbólica do que propriamente eficácia específica, não sendo aquela menos importante para quem opera tais práticas de atenção.[3-4]

Uma revisão teórica assinala o interesse, em especial da Enfermagem, sobre as dimensões culturais das práticas de atenção à saúde, empreendidas por distintos conjuntos sociais, nas interações entre si ou com curadores dos diferentes modelos de atenção à saúde. No exame de oito teses publicadas entre 2000 e 2005, cujo suporte conceitual foi o da antropologia, as temáticas estudadas foram: experiências/significados do viver/adoecer/cuidar; relações equipe/saúde/cliente/família; e relações familiares no processo de viver/adoecer.[5]

Em busca efetuada em abril de 2014, nos catálogos de teses e dissertações do Centro de Estudos e Pesquisa de Enfermagem (CEPEn), disponíveis *on-line* entre 2008 e 2012 (exceto o catálogo de 2011, não-disponível), localizaram-se quatro estudos que se referiam a questões do nascimento relacionadas à cultura. Foi-se em busca daqueles, desse grupo, que se encontravam, de algum modo, na forma de artigo, localizando-se três. Um deles se referia aos saberes e às práticas de cuidados que permeiam as gestações de mulheres atendidas em Unidades Básicas de Saúde, outro se tratava de uma revisão sobre as influências culturais no comportamento alimentar de gestantes adolescentes e o último versava sobre significados do corpo e dos processos fisiológicos durante a gravidez e as respectivas repercussões na sexualidade.[6-8]

Em estudo elaborado na forma de tese, cujo objetivo foi interpretar os significados culturais do PN para mulheres residentes no campo e o modo como esses significados, ao longo do tempo, modelam e transformam as práticas de autoatenção relacionadas a esse processo, utilizou-se como matriz teórica para a interpretação dos achados a antropologia da saúde e do nascimento, em suas vertentes interpretativas. A partir dessa experiência elaborou-se a presente reflexão, que aborda o referencial antropológico da saúde sob a perspectiva de Arthur Kleinman e de Eduardo Luiz Menéndez Spina.

A utilização desse referencial em investigações interessadas em entender os aspectos simbólicos relacionados à saúde-doença e, no caso da tese, ao nascimento, sustenta-se na percepção de que conhecimentos culturais específicos podem ser utilizados pelos profissionais da saúde, dentre os quais os enfermeiros, bem como por formuladores de políticas públicas neste campo que estejam interessados no desenvolvimento de práticas e cuidados culturalmente congruentes, o que implica o estabelecimento de diálogo intercultural[9].

Por meio desse diálogo, são estabelecidas relações significativas e respeitosas com vistas ao entendimento do comportamento e do pensamento do "outro", a partir de suas perspectivas pessoais e culturais. Assim, busca-se, além da apreensão dos elementos simbólicos, o entendimento das questões políticas e socioeconômicas relativas ao PN e o conhecimento das questões de poder e dominação envolvidas nas interações humanas, inclusive na própria comunicação intercultural.[10]

OBJETIVO

- Apresentar elementos teóricos da antropologia da saúde como aporte para estudos dos significados culturais do processo do nascimento

MÉTODO

Artigo elaborado a partir da tese << Significados culturais e práticas de autoatenção relativas ao processo do nascimento para mulheres residentes no campo >>, elaborada junto à Escola de Enfermagem da Universidade Federal de São

Paulo no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, especificamente no Doutorado Interinstitucional (DINTER) "Novas Fronteiras" da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). São Paulo-SP. 2014.

Estudo descritivo, do tipo análise reflexiva. Nessa reflexão, optou-se por elucidar, em primeiro lugar, qual o objetivo a que se propõe a antropologia interpretativa e, a partir daí, abordar a cultura sob o olhar de Clifford Geertz, cabendo assinalar que o pensamento desse antropólogo serve de matriz para a corrente interpretativista da antropologia da saúde. Os conceitos de Arthur Kleinman também são apresentados, logo na sequência, procurando estabelecer relações deste com o pensamento de Geertz, no que se refere à antropologia como guia teórico para interpretar o PS/D. Em seguida, são mostrados alguns aportes de Eduardo Luiz Menéndez Spina, buscando explicitar as possíveis interfaces desses referenciais com as questões culturais do PN e com as práticas de autoatenção a ele relacionadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

• Antropologia interpretativa: uma das matrizes da antropologia da saúde

A antropologia, como um ramo do conhecimento, objetiva a identificação dos padrões culturais compartilhados pelos indivíduos; busca deduzir o que há de comum nas ações, atribuições de sentido, significados e simbolismo endereçados, pelos indivíduos e conjuntos sociais, ao mundo material e "natural"; e, ainda, analisa a experiência de viver em sociedade, de adoecer e de se cuidar, a partir do entendimento de que essa é uma experiência relacional, dotada de intersubjetividade e mediada pelo fenômeno cultural.[11]

A antropologia interpretativa, fundada por Clifford Geertz, como projeto de análise cultural, propõe-se a compreender a partir da interpretação. Para o autor, o homem é amarrado a teias de significados que ele mesmo tece, e é isso que constitui a cultura. Além disso, a cultura é uma ciência interpretativa à procura do significado dessas teias.[1] Assim, a cultura constitui-se de um conjunto de elementos mediadores e qualificadores de atividades físicas ou mentais, que não são determinadas pela biologia, mas são compartilhadas por diferentes membros de um grupo social, e pelos quais os sujeitos dão significados às suas ações e interações concretas, sustentando as formas sociais vigentes, as instituições e os seus modos de operar.[11]

Por meio do interpretativismo busca-se desvendar os significados imbricados nas relações sociais. A cultura é, pois, um contexto em que os acontecimentos sociais, os comportamentos, as instituições ou os processos sociais podem ser descritos de forma inteligível, ou seja, por meio de descrição densa.[1] Essa descrição busca desentranhar as estruturas de significado socialmente estabelecidas. Para isso, penetra nas entrelinhas do discurso simbólico e considera que os significados variam de acordo com os códigos culturais e com os sistemas simbólicos dos quais emergem.[12]

• A antropologia da saúde à luz do pensamento de kleinman

A antropologia da saúde preocupa-se com os significados da saúde e da doença para cada sociedade, porque considera que os registros de normalidade e anormalidade são determinados, principalmente, a partir de valores próprios de cada cenário sociocultural. Nessa perspectiva, Arthur Kleinman elabora um grupo de conceitos que são chave para a análise de fatores culturais que intervêm no campo da saúde e, também, para a construção de um modelo comparativo entre sistemas médicos. A saúde e a doença, nessa abordagem, são realidades social e simbolicamente construídas, que se misturam à biografia dos indivíduos e de seus grupos sociais, e servem de guia às interpretações sobre as desordens a que estão sujeitos.[13-4]

Embora o nascimento nem sempre seja colocado no rol das "desordens", pode-se lançar mão desses conceitos e definições para interpretar tal experiência, uma vez que a vertente da antropologia interpretativa possibilita vislumbrar a teia cultural que os sujeitos envolvidos constroem e reconstroem, ultrapassando, pois, o caráter biologicista do PN, em que as dificuldades pertinentes ao evento quase sempre são assinaladas pelos pesquisadores e/ou profissionais da saúde como desordens decorrentes de falhas orgânicas, e não de experiências construídas pelos sujeitos sociais.

A abordagem de Kleinman dá destaque às diferentes dimensões da doença, as quais servem de matriz para possíveis modelos explanatórios sobre esse fenômeno (e, sob nossa opinião, sobre o PN, o qual se constitui de perspectivas semelhantes). Tais dimensões são expressas por termos da língua inglesa que são sinônimos, mas para os quais houve a proposição de uma distinção semântica. Os termos são: "*disease*" (processo doença),

"*illness*" (doença experiência) e "*sickness*" (doença social).[13-6]

A "***disease***" refere-se a anormalidades na estrutura e na função dos órgãos e sistemas, as quais limitam as capacidades do indivíduo ou a sua expectativa de vida e podem ser diagnosticadas e tratadas como um fenômeno objetivo. Nessa lógica, ela é "medida" por meio de exames laboratoriais, observação direta ou por outros sinais apreendidos por meio da semiologia biomédica.[16] Constitui uma dimensão fortemente identificada com o modelo biomédico de atenção à saúde.[9]

A "***illness***" diz respeito a uma experiência que traz mudanças nos estados de ser e na função social dos sujeitos doentes, relacionando-se às dimensões mais subjetivas ou psicológicas da falta de saúde que são, geralmente, a preocupação mais imediata para as pessoas que a experimentam.[15] Inclui um grupo de 'sintomas' que costuma causar preocupação, tanto pelo desconforto imediato quanto por seus efeitos sobre a capacidade de funcionamento social, ou pelo que os indivíduos e os grupos sociais acham que eles podem predizer.[16] Trata-se, portanto, da doença como uma experiência associada às redes de símbolos e significados, com estrutura e lógica próprias, distintas daquelas da biomedicina, pois são consequentes da interação social e dependentes das características de vida do sujeito e do contexto sociocultural em que é que produzida e interpretada.[9] A "*illness*", se pensada em termos do PN, sugere, por exemplo, que esse é um processo que origina um corpo de conhecimentos próprios da família e dos setores populares.

Cabe salientar que a "*disease*" afeta indivíduos isolados, mesmo quando acomete uma população. Já a "*illness*", quase sempre, atinge outros indivíduos também, a exemplo da rede social, da família e, às vezes, até mesmo de uma comunidade inteira.[17]

A "***sickness***" refere-se à dimensão social da doença, podendo ser entendida como a incapacidade do cumprimento das obrigações da vida em grupo, em decorrência de o indivíduo ser definido, pelos demais, como alguém não saudável, em virtude de uma "*disease*" ou de uma "*illness*".[15] Em outro sentido, ela diz respeito a forças macrossociais (econômicas, políticas e institucionais) que contribuem para colocar determinados conjuntos sociais sob certos riscos ou para torná-los mais vulneráveis.[18]

A apropriação desses três conceitos (*disease*, *illness* e *sickness*), os quais possibilitam o estudo dos sistemas culturais de cuidado em saúde, mostra-se pertinente, como dissemos, em investigações que interpretam significados culturais do PN. Isso se justifica porque, a partir desse conjunto de noções, percebe-se que a proposição de interpretar a experiência do nascimento ("*illness*") em sua singularidade e significados coletivos é basilar no estabelecimento de uma interação positiva entre o profissional de saúde, no que se inclui o enfermeiro, e a mulher e/ou seu grupo social. Nessa lógica, por meio da qual há a perspectiva do entendimento da cultura do PN, o profissional prestará atenção nos elementos subjetivos envolvidos nesse processo, bem como esgarçará os meandros das relações sociais e das questões de poder que lhes são inerentes, buscando compreender as práticas que as mulheres e seus grupos sociais operam na interação com diferentes setores do sistema de cuidados em saúde por ocasião do PN.

Para além dessas noções, cabe refletir que, no interior da antropologia da saúde, há a compreensão de que, em todas as sociedades, as atividades atinentes às práticas com a saúde e a doença estão mais ou menos inter-relacionadas, constituindo-se como respostas socialmente organizadas às demandas dos indivíduos e grupos sociais, de modo que resultam em "um sistema cultural especial: o sistema de cuidados em saúde".[13:24]

Em cada cultura, a doença, as respostas dos sujeitos a ela e as instituições sociais que com ela se relacionam e estão sistematicamente interconectadas, bem como a totalidade dessas inter-relações, constituem o sistema cultural de cuidados em saúde. Esse sistema, a partir de suas características de sistema cultural e com base no objeto que lhe diz respeito, reúne os componentes relacionados com a saúde da sociedade, os quais correspondem aos padrões de crença sobre as causas das doenças, às normas que regem a escolha e a avaliação do tratamento, aos papéis socialmente legitimados aos indivíduos, às relações de poder, às configurações de interação e às instituições.[13]

Os usuários dos serviços de saúde e os profissionais também são componentes básicos desse sistema, inserindo-se em cenários específicos de significados culturais e de relações sociais, o que demanda que sejam entendidos nesse contexto. A doença e a cura também se inserem no sistema de cuidados em saúde, articulando-se como experiências e atividades culturalmente constituídas. Por isso, no contexto da cultura, o estudo dos usuários e cuidadores e, também, da doença e da cura, deve começar com uma análise dos sistemas de cuidados em saúde.[13]

A partir desses pressupostos, Kleinman propõe um método que contribui para o entendimento do modo como os termos antes explicitados (*disease*, *illness* e *sickness*) são interpretados e operados (e, muitas vezes, de forma complementar) pelos distintos setores de cuidado à saúde. O autor elabora, também, um Modelo Explanatório sobre os comportamentos adotados por pessoas de diferentes grupos no enfrentamento de problemas de saúde.[19] Nesse sentido, o modelo do sistema de cuidados em saúde proposto examina o modo como as pessoas agem nesse sistema e como usam seus componentes, incluindo suas crenças (em grande parte tácitas e inconscientes) sobre o sistema como um todo e seus padrões de conhecimento e comportamento, os quais são regidos por regras culturais.[13]

O autor argumenta que o sistema de cuidado em saúde atende a definição de Geertz de um sistema cultural. Assim, constitui-se tanto como um modelo "*para*" quanto um modelo "*de*" uma área especial do comportamento.[13] Nessa perspectiva, compreende-se que o indivíduo, para agir no mundo, inspira-se em um modelo dado pela cultura – ***modelo de***(a) – e, quando ele age no mundo, está a produzir um ***modelo para*** a cultura, por isso a afirmação de que o indivíduo é influenciado pela cultura ao mesmo tempo em que a influencia, ou seja, de que ele é sujeito e ator social no contexto da cultura.

Como em qualquer outro sistema cultural, o sistema de cuidados em saúde necessita ser entendido em termos de suas atividades instrumentais e simbólicas, assinalando que as crenças e os comportamentos que constituem essas atividades são influenciados por vários fatores.[13] Transportando-se tais fatores para o PN, esses se referem: a instituições sociais particulares, como hospitais, associações profissionais, burocracias de saúde; ao desempenho de diferentes papéis, a exemplo do papel de uma pessoa sadia, doente ou em estado liminar, como parece ser, em muitos grupos sociais,[20-3] o caso da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal; aos relacionamentos interpessoais, como a relação enfermeiro-paciente; aos cenários de interação, a exemplo do domicílio, da maternidade ou da casa de parto; às restrições econômicas e políticas; às intervenções disponíveis, tais como técnicas de alívio à dor na parturição; e, dentre outros, àquilo que é considerado ou não como problema no nascimento.

Cabe, no entanto, ressaltar que, embora sejam apresentados no modelo explanatório de Kleinman os elementos genéricos relacionados aos sistemas de cuidados em saúde, o autor enfatiza que esses devem ser pensados pelo que eles têm de "local"[14], o que, consequentemente, vale para os sistemas de cuidados que tomam lugar durante o PN, em especial porque os aspectos locais refletem os contextos mais globais, revelando as questões de poder que ameaçam o tecido social.[9]

Aliado a isso, Kleinman destaca que os sistemas de cuidados em saúde são formas de realidade social e simbólica. A **realidade social** refere-se ao mundo das interações humanas existentes fora do indivíduo e entre indivíduos; é o mundo transacional em que a vida cotidiana é expressa, em que são definidos e executados os papéis sociais e, ainda, no qual as pessoas negociam umas com as outras em suas relações de *status*, estabelecidas sob um sistema de regras culturais. Nessa lógica, a realidade social é constituída de – e constitui – significados, instituições e relações admitidas pela sociedade. Sua internalização – como um sistema de significados simbólicos e normas que regem o comportamento de determinado sujeito, sua percepção de mundo, sua comunicação com os outros e sua compreensão - tanto do ambiente interpessoal e externo em que ele está situado quanto de seu espaço intrapsíquico – ocorre no processo de socialização do sujeito em suas diferentes interações com distintos grupos sociais.[13]

As realidades sociais diferem de uma sociedade para outra, entre diferentes grupos sociais e até mesmo em momentos individuais e familiares distintos. Para alguns antropólogos, segundo Kleinman, sociedades mais tradicionais tendem a apresentar realidades sociais mais homogêneas, enquanto que as mais modernas são mais fragmentadas, mais plurais. Já aquelas em desenvolvimento poderiam ser entendidas no movimento que vai de supostas realidades sociais unificadas, do mundo tradicional, para os mundos de vida plural, dos estados modernos.

Observa-se a mudança de antigas para novas formas sociais, expressas em seus sistemas de crenças, em seus modos de comportamento e em suas estruturas institucionais, o que representa implicações profundas para os diferentes sistemas sociais, dentre os quais o de cuidados à saúde (e, dentre eles, o sistema de cuidados relacionado ao nascimento). Nessas sociedades encontram-se realidades sociais que são um curioso amálgama de crenças, valores e instituições tradicionais e modernos, entrelaçados em padrões variados de assimilação, complementaridade, conflito e

contradição. Pelo fato de que ideias e práticas médicas modernas associam-se frequentemente a tecnologias de ponta, que acompanham o processo de modernização, os sistemas de cuidados em saúde fornecem nítidos reflexos das tensões associadas ao desenvolvimento social.[13]

Nessa lógica, Kleinman menciona que a modernização tende a trazer para o interior do sistema de cuidados em saúde problemas tradicionalmente localizados em outros sistemas sociais, redefinindo e ampliando a realidade social dos sistemas de cuidados. Nesse contexto, a sociedade é progressivamente medicalizada, o que resulta no aumento do uso da medicina com fins de controle social. Os sistemas de saúde passam a ocupar um maior espaço social nas sociedades modernas e tomam para si funções que antes eram executadas por outros sistemas culturais.[13]

Ainda em relação ao modelo explanatório referente aos sistemas culturais de cuidados em saúde, tem-se que a **realidade social** é composta por três dimensões: a psicológica, a biológica e a física. A primeira diz respeito ao mundo interior do indivíduo; a segunda refere-se à infraestrutura de organismos, incluindo o homem; e a última relaciona-se às estruturas materiais e aos espaços que compõem o ambiente não-humano.

Para fins analíticos, Kleinman considera necessário distinguir dois aspectos da realidade social: o mundo social e cultural, descrito anteriormente, que ele passa a denominar **realidade social *per se***; e uma realidade-ponte, que liga o mundo social e cultural com a realidade psicológica e biológica. Essa realidade-ponte é a **realidade simbólica**, formada pela aquisição, por parte do indivíduo, da linguagem e de sistemas de significado, os quais desempenham papel importante em relação ao comportamento do sujeito nas diferentes interações interpessoais e situações sociais. A internalização da realidade simbólica permite aos indivíduos dar sentido à sua experiência interior, ajudando a moldar a identidade pessoal, em conformidade com as normas sociais e culturais. Nessa visão, significados simbólicos influenciam processos psicológicos básicos, tais como a atenção, a consciência, a percepção, a cognição, o afeto, a memória e a motivação. A realidade simbólica tem potência para ligar o ambiente físico aos processos psicobiológicos.[13]

Kleinman cunha mais uma expressão: a **realidade clínica**, que designa os contextos socialmente constituídos que influenciam a doença e os cuidados clínicos, os quais são, na sua opinião, compostos, principalmente, da realidade social e simbólica, mas relativos também às realidades psicobiológica e física. Há, então, o entendimento de que a realidade clínica do sistema de saúde é mediada pela realidade simbólica.

Tanto os sistemas de saúde quanto suas realidades clínicas, para serem plenamente apreciados, exigem exame do modo como essa ponte biossocial diz respeito à cultura, à doença e ao tratamento. Dessa forma, os sistemas de saúde devem ser considerados sistemas culturais que ligam doença e tratamento, pois estão ancorados em crenças culturais, papéis sociais e relacionamentos, bem como no comportamento individual e na experiência. Seus componentes estruturais se articulam estabelecendo um contexto de significado e legitimação, dentro do qual a doença é rotulada e o comportamento de busca pela saúde é iniciado.[13]

O reconhecimento e a compreensão por parte dos profissionais de saúde, dentre os quais o enfermeiro, acerca das funções da realidade simbólica junto à realidade social *per se* e à realidade clínica justifica ainda mais o mergulho (antes mencionado) no mundo subjetivo dos sujeitos que vivenciam o PN, pois auxilia no entendimento dos significados, dos comportamentos e das práticas culturais operadas nesse momento existencial.

No modelo de Kleinman, os sistemas culturais de cuidados em saúde são compostos por elementos genéricos e particulares impregnados de cultura. As estruturas internas que constituem um sistema de cuidado são praticamente as mesmas para além das fronteiras culturais, enquanto que o conteúdo varia em conformidade às circunstâncias sociais, culturais e ambientais de cada sistema. Partindo desses pressupostos, o autor propõe um modelo de sistema de cuidados em saúde que se compõe de três partes ou setores interpostos: o setor popular (que aqui será chamado de popular/familiar – SP/F), o profissional (SP) e o tradicional/*folk* (ST/F).[15] O SP/F pode ser compreendido como uma matriz que contém vários níveis: crenças e atividades individuais, familiares, sociais e comunitárias.

É na arena da cultura popular/familiar que a doença (e os significados da experiência do nascimento) é definida pela primeira vez e que as atividades de cuidados de saúde são iniciadas. Trata-se, portanto, de um setor leigo, não-profissional, não-especialista, e nele que os indivíduos decidem se buscarão e acatarão as orientações recebidas nos demais setores de saúde/nascimento e o que farão a

seguir, alternando ou não entre diferentes opções de tratamento e, inclusive, julgando a eficácia desses tratamentos. Esse setor funciona como a fonte principal e o determinante mais imediato do atendimento. Ele faz a conexão com as fronteiras dos outros setores do sistema de cuidados à saúde, contendo os pontos de entrada, de saída e de interação entre os diferentes espaços. Assim, ele interage com cada um dos outros setores, ao passo que os demais frequentemente são isolados entre si.[13]

O SP compreende as profissões organizadas de cura[16], o que, na realidade brasileira, é representado pela medicina científica moderna, cujo paradigma ainda dominante é o biomédico. No entanto, em outras sociedades, há sistemas médicos autóctones profissionalizados, a exemplo da medicina tradicional chinesa.[13]

O ST/F é um setor não-profissional, não-burocrático, mas especializado, que se mescla aos outros dois setores dos sistemas locais de saúde. A medicina tradicional ou *folk* é uma mistura de muitos componentes diferentes, alguns dos quais estão intimamente associados ao setor profissional, mas a maioria relacionada com o SP/F. Nas sociedades carentes de profissionalização, os setores T/F e P/F constituem o sistema de saúde como um todo. A medicina tradicional/folk engloba práticas sagradas e seculares, tais como o xamanismo, o benzimento, a fitoterapia, dentre outros.[13]

Todo esse arcabouço teórico pode ser transposto para o campo do nascimento. Assim, de forma sintética, pode-se dizer que, em cada cultura, há um sistema cultural de cuidados ao nascimento, que se constitui do próprio nascimento, como processo, das respostas dos sujeitos a ele e das instituições sociais que com ele se relacionam e estão sistematicamente interconectadas, bem como da totalidade dessas inter-relações, além dos demais elementos teóricos mencionados. Significa que, em estudos que têm como objeto os significados culturais do processo do nascimento, necessita-se "olhar" o sistema de cuidados ao nascimento nos seus aspectos de realidade social, simbólica e clínica. Essa afirmação se justifica porque a tessitura desses significados articula-se, dentre outras possibilidades, à circulação das mulheres e de seus grupos sociais pelos diferentes espaços que compõem os sistemas de cuidados ao nascimento, o que, na realidade brasileira, diz respeito também ao espaço de cuidados à saúde/doença visto que o PN foi, com o passar do tempo, institucionalizado e medicalizado.

Apesar do reconhecimento acerca das contribuições de Kleinman para o estudo do processo do nascimento, cabe apontar algumas limitações desse referencial. Nesse sentido, é importante referir que as dimensões do adoecimento, como *sickness*, embora não ignoradas pelo autor, não são aprofundadas em seus estudos, na medida em que ele é pouco específico quanto às forças sociais que interferem na produção da *illness* e da *disease*.[24] Além disso, o Modelo Explanatório de Kleinman é pouco permeável a mudanças e quase não dá lugar para outros conhecimentos. Outro ponto a destacar é que as questões de poder existentes nas interações usuário/profissional e entre os diferentes modelos de atenção à saúde, expressas por meio de conflitos, tensões e interesses, são consideradas por Kleinman como algo que está fora de tais relações e, algumas vezes, é visto como um aspecto negativo da interação.[25]

A partir dessas limitações, embora se reiterando que as contribuições de Kleinman são importantes para estudos que se proponham a interpretar os significados culturais e as práticas relacionadas ao PN, considera-se que os subsídios de Menéndez possam complementar os daquele autor e é por isso que são agregados a essa reflexão teórica.

Em razão disso, apresentam-se aqui alguns aportes do referencial proposto por Eduardo Luiz Menéndez Spina, referentes aos modelos de atenção em saúde existentes na América Latina, abordando-se a "autoatenção", o "modelo médico hegemônico", o "processo transacional entre as diferentes formas de atenção" e o "processo saúde/doença/atenção-prevenção". Essa decisão justifica-se, também, pelo fato de que, ao analisar a prática empírica e a literatura[20-3], percebe-se que a vivência do PN, tanto pela mulher como por seu grupo social, é permeada por práticas de autoatenção produzidas por uma dinâmica transacional que se dá por meio da articulação de saberes e fazeres oriundos de distintos espaços/modos de atenção, com destacado (mesmo não sendo único) objetivo de prevenção ou de proteção, o que resulta em cuidado.

• Contribuições de Eduardo Luiz Menéndez spina para o campo da antropologia da saúde

Menéndez, antropólogo, com formação em saúde coletiva, defende a existência de diferentes modos de atenção à saúde, que, para serem entendidos, necessitam do auxílio de modelos explanatórios, os quais organizam,

provisoriamente, a realidade social que é complexa e, em certa medida, inatingível. A noção que ele maneja supõe uma constante relação entre a realidade construída como arquétipo e a historicidade dessa realidade. Esses são pressupostos que orientam seus estudos sobre os "Modelos de Atenção", no que se incluem, entre outros, a "autoatenção" e o "paradigma médico hegemônico".

De forma semelhante ao que faz Kleinman, Menéndez aponta para a existência de um "pluralismo médico" nas sociedades atuais, dentro dos distintos conjuntos sociais estratificados que as constituem, independentemente da situação de classe ou étnica. O reconhecimento desse pluralismo refere-se à utilização, pela maioria da população, de várias formas de atenção, inclusive para uma mesma situação ou problema de saúde.[26]

Partindo da análise e da interpretação dos comportamentos dos sujeitos e de seus dos grupos sociais em relação a seus padecimentos, sempre considerando que eles constituem conjuntos sociais estratificados e/ou diferenciados em razão de suas condições ocupacionais, econômicas, étnicas, religiosas, dentre outras, o autor considera que, na América Latina, são utilizados, potencialmente, os seguintes **modos de atenção**: a) Os **do tipo biomédico**, referentes ao primeiro nível de atenção e ao nível de especialidades médicas para padecimentos, físicos e mentais, reconhecidos, pela biomedicina, como enfermidade. Constituem-se, também, por formas antigas e comparativamente marginais no interior da biomedicina, como a medicina naturalista, a hidroterapia, homeopatia e quiropraxia. Incluem-se, além disso, diferentes formas de psicoterapia individual, grupal e comunitária, gestadas, pelo menos em parte, a partir da biomedicina. b) Os **do tipo "popular" e "tradicional"**, que se expressam também por meio de curadores especializados, como arrumadores de ossos, herbalistas, xamãs, espiritualistas, bruxos, etc. Nesse rol, encontra-se o papel de cura de alguns grupos religiosos (cristãos e de outros cultos), a exemplo dos pentecostais e carismáticos. c) Os **do tipo alternativo**, **paralelo** ou ***new age*** (nova era), referentes a novas religiões curativas do tipo comunitária, a exemplo de curas bionergéticas. d) Os **oriundos de outras tradições acadêmicas**, tais como a acupuntura, a medicina ayurvédica, a medicina chinesa, etc. e) Os **centrados na autoajuda**, como grupos de Alcoólicos Anônimos, os quais são organizados e coordenados pelas próprias pessoas que padecem ou co-padecem de algum tipo de problema.[26]

Essa é uma classificação, dentre muitas possíveis, visto que cada modo de atenção não representa configuração fixa e isolada em si mesma, porque há um processo dinâmico entre as atividades originadas em cada forma de atenção, as quais não funcionam sempre de forma excludente, podendo haver interação entre dois ou mais modos de atenção. Essa interação ocorre em dois níveis. Num deles, a iniciativa é dos setores de atenção (como em situações em que a biomedicina se apoia nos grupos de autoajuda como parte do tratamento, por exemplo). No outro nível, a iniciativa parte do próprio sujeito ou do grupo social que padece de algum problema relativo à sua saúde.

Essas articulações se dão através de dinâmicas transacionais permeadas por relações de hegemonia/subalternidade. Ao mesmo tempo, geram uma variedade de formas de atenção utilizadas pela população de modo simultâneo e sequencial ao longo do tempo, as quais resultam na autoatenção.[26] Assim, a **autoatenção** refere-se ao conjunto de representações e práticas que a população utiliza, ao nível do sujeito e do grupo social, para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, suportar, solucionar ou prevenir os processos que afetam sua saúde em termos reais ou imaginários, sem a interferência central, direta e intencional de curadores profissionais, mesmo que esses possam ser referência na atividade de autoatenção. Não significa que, dentre essas representações e práticas, não estejam aquelas prescritas ou propostas pelos profissionais das diferentes formas de atenção. No entanto, ocorre que, a depender de cada processo em específico, das condições sociais ou da situação dos sujeitos, pelo menos parte desse processo de prescrição e de uso se autonomiza, mesmo que seja em termos de uma autonomia relativa[26], a exemplo da busca espontânea e corriqueira da atenção pré-natal em nosso meio, atualmente.

A autoatenção, se analisada do ponto de vista da intencionalidade dos sujeitos e grupos sociais, dá-se em dois sentidos – um amplo e outro restrito. O **sentido amplo (ou *lato*)** refere-se aos modos de autoatenção necessários à garantia da reprodução biossocial em nível dos microgrupos, especialmente o doméstico, os quais são utilizados a partir dos objetivos e das normas estabelecidos na própria cultura. Nesse sentido, encaixam-se desde a prevenção das

enfermidades até as medidas de higiene, saneamento, preparo e distribuição da alimentação, estendendo-se até as referidas à morte e ao processo de morrer, nos diferentes termos prescritos pela própria cultura.[26] No campo do PN, refere-se, por exemplo, ao "estar junto" à mulher que vai dar à luz um filho, o que, entre outros objetivos, visa à proteção e ao amparo dessa mulher e de seu bebê, bem como do grupo que eles representam. O **sentido restrito ou estrito** de autoatenção refere-se a significados e práticas aplicadas intencionalmente ao processo saúde/enfermidade/atenção-prevenção, ou seja, práticas que os sujeitos e seus grupos conscientemente realizam para prevenir ou curar suas doenças (evitar o esforço físico na gravidez para prevenir a perda fetal, por exemplo), às quais atribuem determinado valor no sentido de que fazem bem ou mal para a saúde.[26-7]

Cada ambiente de atenção se apresenta como um modelo "*de*" conhecimentos, os quais, após sofrerem uma filtragem subjetiva e simbólica por parte do sujeito e de seus grupos sociais, são incorporados, possivelmente de forma ressignificada e até ressemantizada, e passam a constituir modelos "*para*" os cuidados no PN, renovando-se os significados e as práticas de autoatenção, as quais, em grande parte, são modeladas em sentido *lato* e não estrito. Os sujeitos, então, "exercem agência sobre suas próprias vidas, percebendo e agindo segundo sua experiência na vida coletiva".[27:326]

A despeito das evidências do pluralismo médico e da permeabilidade entre os diferentes modos de atenção à saúde, Menéndez assinala que, na América Latina, a biomedicina continua em posição hegemônica, especialmente pela sua capacidade de expansão, que tem como eixo estruturador o biologicismo. Tal expansão se dá por meio de um mecanismo que se organiza, basicamente, em dois níveis. Por um lado, remete: às atividades profissionais, que se realizam e se referem à extensão de cobertura alcançada pela atenção; ao quantitativo de profissionais, de leitos hospitalares, de partos atendidos institucionalmente, de cesáreas; à cobertura das imunizações, etc. Por outro lado, ela é operada por um processo de medicalização, o qual converte em enfermidades os episódios vitais, que são parte dos comportamentos da vida cotidiana dos sujeitos e que passam a ser explicados e tratados como doenças quando, antes, eram somente acontecimentos cidadãos[26], o que pode explicar o fenômeno do crescimento exponencial de cesáreas em nosso meio.

O autor analisa ainda algumas características estruturais do Modelo Médico Hegemônico (MMH), referidas à medicina alopática, que permitem entender as tendências que orientam as relações da biomedicina com os grupos sociais e com os outros saberes médicos, dando destaque: ao biologicismo; à relação médico/paciente; à tendência histórica de redução do tempo dedicado a essa interação; à ausência da dimensão histórica na prática médica, inclusive no processo de formação; à exclusão de aspectos relativos ao campo cultural, os quais se fossem incluídos, poderiam auxiliar no conhecimento de outros modos de cuidado à doença e na compreensão dos sentidos e significados de seu uso e das técnicas produzidas nesses espaços, no que reside em grande parte sua função cultural mais do que sua eficácia específica; e à racionalidade científica, que identifica a biomedicina como "a ciência" e, por isso, exclui, além de formas de atenção à saúde não identificadas com os critérios científicos, a dimensão cultural.[26]

Esse conjunto de características, dentre outras, predispõe uma relação de hegemonia/subalternidade da biomedicina em relação a outras formas de atenção não médicas, de modo que tende a excluí-las, ignorá-las ou estigmatizá-las, apesar da possibilidade de uma aceitação crítica ou, inclusive, de uma apropriação ou um uso complementar, sobretudo de certas técnicas, mas sempre em caráter subordinado[26], a exemplo dos grupos operativos de gestantes em relação à atenção tradicional de pré-natal.

Do modelo explicativo de Menéndez destaca-se, também, o conceito de processo de saúde/doença/atenção-prevenção, o qual busca superar propostas que focam somente a saúde e a enfermidade, pois, para o autor, todo padecimento implica em formas de atenção e de prevenção. "Pensar somente em termos de saúde e enfermidade é, em certa medida, eliminar, ou colocar entre parêntesis, o que os sujeitos, grupos e sociedades fazem para enfrentar suas enfermidades".[3:340]. Desse modo, a prevenção é central na autoatenção, visto que, para o autor, toda sociedade cria concepções e práticas preventivas que antecedem as concepções dos curadores, inclusive as da biomedicina.[3]

Pensando nas práticas referentes ao PN, muitas das quais tomam sentido porque em alguns conjuntos sociais a mulher está em ou oferece perigo em razão do momento representado pelo nascimento[23-24], é adequado assinalar que, como parte central da autoatenção, as práticas preventivas, incorporadas no processo de socialização dos

sujeitos sociais, são decisivas para a reprodução social e biológica de um grupo. Assim, é adequado afirmar que as sociedades e os sujeitos sociais criam concepções e atividades preventivas para os aspectos que consideram ameaçadores.[26]

A partir do quadro teórico proposto por Menéndez, o qual articula saúde/doença com atenção-prevenção, percebe-se que as noções de autoatenção e de dinâmica transacional entre os sujeitos sociais e os diferentes modos de atenção devem ser considerados em estudos que pretendam entender os significados culturais e as práticas de autoatenção relativas ao PN e, dessa perspectiva, contribuir na reorganização das políticas públicas de atenção ao nascimento. Isso se justifica porque a autoatenção se constitui no real primeiro nível de atenção à saúde, sendo o núcleo articulador (por meio da dinâmica transacional) dos diferentes modos de atenção utilizados pelos sujeitos e pelos grupos sociais na busca da preservação ou do restabelecimento da saúde.[26]

A autoatenção está, portanto, no campo das relações mantidas pelos sujeitos com seus grupos sociais e de todos eles com os profissionais que atuam nos distintos espaços de atenção à saúde (e ao nascimento) em que circulam. Consoante a isso, as articulações, os conflitos, as tensões, enfim, os jogos de poder que aí se produzem têm natureza relacional, e seu estudo impõe que todos os atores significativos sejam considerados[3] – mulheres que se tornam mães, seus grupos sociais e os profissionais que as atendem. Dessa forma, haverá reconhecimento dos saberes plurais, da autonomia dos atores e dos fatores globais que se fazem presentes no contexto local.[9]

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os aportes teóricos aqui expressos e a complexidade e dinamicidade inerentes ao PN, percebe-se que os significados culturais e as práticas de atenção e de autoatenção relativos a esse processo podem ser interpretados de forma complementar pelo pensamento de Kleinman e Menéndez. Munidos desse aporte, enfermeiros e outros profissionais terão subsídios para se posicionar em prol de melhores práticas de atenção e poderão estar mais preparados para enfrentar as dificuldades estruturais e conjunturais do mundo do trabalho refletidas nessas práticas, bem como para pensá-las e organizá-las na perspectiva do respeito à pluralidade dos conhecimentos relativos ao PN.

Eesta reflexão sinaliza para a pertinência de uma reconfiguração dos processos de formação desses profissionais, com vistas à articulação de práticas humanizadas e culturalmente congruentes de atenção ao PN, num encontro de sistemas culturais distintos cujo fundamento seja o diálogo, o respeito e a garantia da autonomia ao outro.

FINANCIAMENTO

O estudo original contou com apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.

REFERÊNCIAS

1. Geertz C. Uma descrição densa. In: Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: 15 reimpr. LTC; 2008. p. 3-21.

2. Leininger M, editor. Culture Care Diversity and Universality: a theory of nursing. New York: National League for Nursing Press; 1991.

3. Menéndez Spina EL. Entrevista: Eduardo Luis Menéndez Spina. Trab Educ Saúde [Internet]. 2012 Jul/Oct [cited 2013 May 02];10(2):335-45. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tes/v10n2/09.pdf.

4. Alves CN, Wilhelm LA, Souza DF, Ressel LB. O cuidado de enfermagem à gestante na perspectiva cultural: nota prévia. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2013 July [cited 2014 May 3];7(7):5047-50. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4645 doi: 10.5205/reuol.4700-39563-1-ED.0707esp201332

5. Amadigi FR, Gonçalves ER, Fertonani HP, Bertoncini JH, Santos SMA. A antropologia como ferramenta para compreender as práticas de saúde nos diferentes contextos da vida humana. Rev Min Enferm [Internet]. 2009 Jan/Mar [cited 2014 Apr 10];13(1):139-46. Available from: http://reme.org.br/artigo/detalhes/173.

6. Sanfelice C, Santos CC, Wilhelm LA, Alves CN, Barreto C N, Ressel LB. Saberes e práticas de cuidado de gestantes de uma unidade básica de saúde. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2013 Dec [cited 2014 May 01];7(12):6790-9. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4527/pdf_4104 doi: 10.5205/reuol.2950-23586-1-ED.0712201309.

7. Santos CC, Ressel LB, Alves CN, Wilhelm LA, Stumm KE, Silva SC. A influência da cultura no comportamento alimentar dos adolescentes: uma revisão integrativa das produções em saúde. Adolesc Saude [Internet]. 2012 Oct/Dec [cited 2014 May 01];9(4):37-43. Available from: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=343.

8. Araújo NM, Salim NR, Gualda DMR, Silva LCFP. Corpo e sexualidade na gravidez. Rev esc enferm USP [Internet]. 2012 [cited 2014 May 16];46(3):552-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300004&lng=en.

9. Langdon EJ. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. Ciênc saúde colet [Internet]. 2014 Apr [cited 2014 May 06];19(4):1019-29. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n4/1413-8123-csc-19-04-01019.pdf doi 10.1590/1413-81232014194.22302013.

10.Gilbert J. Reflecting on intercultural dialogue in nursing. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2006 Jan/Mar [cited 2014 Mai. 06];15(1):131-36. Available from: http://www.redalyc.org/articulo.oad?d=id=71415116.

11. Langdon EJ, Wiik FB. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. Rev Latino Am Enfermagem [Internet]. 2010 May/June [cited 2012 May 13];18(3):[about 9 screens]. Available from: http:// www.eerp.usp.br/rlae.

12. Cairo C, Marín JJ. Clifford Geertz y el ensamble de um proyecto antropológico crítico. Tabula Rasa [Internet]. 2008 Jan/June [cited 2014 Apr 01];8:15-41. Available from: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=39600802.

13. Kleinman A. Orientation 2: Culture, health care systems and clinical reality. In: Kleinman A. Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press; 1980. p.24-70.

14. Kleinman A. The illness narratives: suffering, healing and the human condition. New York: Basic Books, 1988.

15. Eisenberg L, Kleinman A. Clinical Social Science. In: Eisenberg L, Kleinman A. editors. The relevance of social science for medicine: culture, illness and healing 1. Holland/Boston/London: D. Redel Publishinsg Company; 1981. p.1-23.

16. Twaddle AC. Sickness and the sickness carrer: some implications. In: Eisenberg L, Kleinman A, editors. The relevance of social science for medicine: culture, illness and healing 1. Holland: D. Redel Publishinsg Company; 1980. p. 111-33.

17. Kleinman A. Orientations 3: Core clinical functions and explanatory models. In: Kleinman A. Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press; 1980 p. 71-118.

18. Kleinman A. The meaning of symptoms and Disorders. In: Kleinman A. The illness narratives: suffering, healing and the human condition. New York: Basic Books; 1988. p.3-30.

19. Boehs AE, Monticelli M, Wosny AM, Heidemann IBS, Grisotti M. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2007 Apr/Jun [cited 2013 May 19];16(2):307-14. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a14v16n2.pdf.

20. Motta-Maués MA. "Lugar de Mulher": representações sobre os sexos e práticas médicas na Amazônia (Itapuá/Pará). In: Alves PC, Minayo MCS organizador. Saúde Doença: um olhar antropológico. 4 reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 113-24.

21. Helman C. (tradução Ane Rose Bolner). Cultura, saúde e doença. 5th ed. Porto Alegre: ArtMed; 2009.

22. Acosta DF, Gomes VLO, Kerber NPC, Costa CFS. Influências, crenças e práticas no autocuidado das puérperas. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012 [cited 2013 Mai 02];46(6):1327-33. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/07.pdf.

23. Feyer ISS, Monticelli M, Boehs AE, Santos EKA. Rituais de cuidado realizados pelas famílias na preparação para a vivência do parto domiciliar planejado. Rev bras enferm [Internet]. 2013 Nov/Dec [cited 2014 May 16];66(6):879-86. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n6/11.pdf.

24. Pappas G. Some implications for the study of the doctor-patient interaction: power, structure, and agency in the works of Howard Waitzkin and Arthur Kleinman. Soc Sci Med. 1990;30(2):199-204.

25. Williams B, Healy D. Perceptions of illness causation among new referrals to a community mental team: "explanatory model" or "explanatory map"? Soc Sci Med [Internet]. 2001 [cited 2013 May 02];53(4):465-75. Available from: http://bjp.rcpsych.org/content/181/1/6.full

26. Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Ciênc saúde colet [Internet]. 2003 [cited 2013 May 02];8(1):185-207. Available from: http://www.ciesas.edu.mx/Publicaciones/diccionario/Diccionario%20CIESAS/TEMAS%20PDF/Menendez%2076c.pdf

27. Becker SG, Rosa LM, Manfrini GC, Backes MTS, Meirelles BHS, Santos SMA (entrevistadoras). Dialogando sobre o processo saúde/doença com a Antropologia: entrevista com Esther Jean Langdon. Rev Bras Enferm [Internet]. 2009 Mar/Apr [cited 2014 May 02];62(2):323-6. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a25v62n2.pdf.

Submissão: 17/05/2014
Aceito: 01/06/2014
Publicado: 01/08/2014

Correspondência

Isabel Cristina Pacheco van der Sand
Rua Angelo Strapazon, 310 / Centro
CEP 98700-00 – Ijuí (RS), Brasil