

EPIDEMIOLOGIA SOCIAL E SAÚDE INDÍGENA: UMA VISÃO DA SAÚDE COLETIVA

SOCIAL EPIDEMIOLOGY AND INDIAN HEALTH: A COLLECTIVE HEALTH'S VIEW

Antônio Leite Ruas Neto

Doutor em Biociências. Sanitarista.

Núcleo Estadual de Saúde Indígena – Escola de Saúde Pública

E-mail: antonio-neto@saude.rs.gov.br

Endereço: Av. Ipiranga, 6311. Porto Alegre. RS

RESUMO

A epidemiologia consolidou-se como o estudo dos problemas de saúde, dos determinantes e distribuição das doenças, bem como das alternativas de intervenção. A sua tradição epistemológica inicia-se com Hipócrates e a insalubridade dos ambientes, bem como com o desenvolvimento das ciências biológicas. Essas vertentes influenciaram as teorias da constituição epidêmica e contagionista, cuja expressão mais importante foram os conflitos teóricos do século XIX. A predominância foi do contagionismo, transformado em teoria microbiana e, depois, na unicausalidade das doenças, multicausalidade e preventivismo etapista, sob influência do positivismo. A contrapartida foi o desenvolvimento das concepções de saúde coletiva e da epidemiologia social, que buscaram resgatar as relações dialéticas entre saúde e sociedade. Novas concepções metodológicas foram apresentadas, contrapondo-se à causalidade estruturalista e agregando a metodologia das ciências sociais. Buscaram-se recortes sociais e étnicos nos estudos epidemiológicos para o delineamento de perfis epidemiológicos dos vários segmentos sociais. Neste estudo discute-se também a importância dos recortes socioculturais, com base no exemplo da saúde indígena. Descreve-se o modelo de atenção à saúde indígena e sua relação com a saúde coletiva, salientando-se as desigualdades em saúde percebidas nos indicadores quantitativos. Propõem-se estudos acerca dos perfis epidemiológicos socioculturais dessas comunidades, a partir da epidemiologia social. Na proposta, as relações sociais e os aspectos culturais dessas comunidades relacionados à sua situação de saúde são fundamentais. O estudo espera contribuir para a necessária reflexão sobre as práticas no campo da saúde coletiva, indicando o enfoque integral, com vistas ao suporte aos movimentos sociais que objetivam uma saúde melhor.

PALAVRAS-CHAVE

Epidemiologia. Saúde indígena. Medicina social.

ABSTRACT

Epidemiology consolidated itself as the study of health problems, of the determinants and distribution of diseases, as well as the intervention alternatives. Its epistemological tradition begins with Hippocrates and the environment insalubrities, as well as the development of biological sciences. These schools were the influences on theories like the epidemic constitution and contagionism, well known in the theoretical conflicts during the nineteenth century. The contagionism persisted, as the microbial theory and, afterwards, in the unicity of the diseases, multicausality and stepped prevention, under positivism influence. On the other hand, there was a development of conceptions of collective health and social epidemiology, that sought to rescue the dialectical relations between health and society. New methodological approaches were presented, to counteract structuralist causation ideas, aggregating the methodology of social sciences. They propose social-ethnic segmentations in epidemiological studies in order to clarify epidemiological profiles of several social groups. In this study it is also discussed the importance of socio-cultural sectioning, based on the example of the Indian health situation. The specific health care program is described, as well as its relations with collective health. Strong inequalities are perceived from health quantitative parameters. Studies to describe the socio-cultural epidemiological profiles of these communities are proposed, based on social epidemiology. To achieve this, social relationships and cultural aspects related to their health situation are fundamentals. This study aims to contribute to the necessary reflection on practices in the collective health field, suggesting the integral approach. Thus, it aims to support social movements that seek a better health.

KEY WORDS

Epidemiology. Indigenous Health. Social medicine.

INTRODUÇÃO

A epidemiologia geralmente é definida de acordo com a sua etimologia: “epi” igual a “sobre”; “demo” igual a população; e “logia” igual a estudo. Foi usada pela primeira vez no início do século XIX, atribuída à tradição espanhola e possivelmente relacionada às várias epidemias de varíola do período (BRASIL, 2001; ALDRETE, 2004). Como definição geral de epidemiologia, vários autores apresentam como “o estudo da distribuição e dos determinantes dos estados e eventos relacionados à Saúde em populações e à aplicação deste estudo ao controle dos problemas de saúde” (LAST, 1983, apud CASTIEL; RIVERA, 1983, p. 451).

Por outro lado, aproximadamente no ano 500 a.C., o médico grego Hipócrates teria usado os termos *endemia* para doenças que ocorrem em alguns locais e não em outros, e *epidemia* para doenças que ocorrem em alguns períodos e não em outros. Essas conotações foram ajustadas, mas permaneceram na modernidade, ou seja, *endemia* significando a permanência previsível da doença numa área e *epidemia* a ocorrência inusitada ou acima (em termos de taxas) do esperado. Essa discussão etimológica, no entanto, traz também os significados e a conotação científica do campo epidemiológico.

A questão pode ser abordada como uma construção epistemológica, na esteira da transição das principais teorias sobre as doenças e seus estudos, do século XIX ao século XX. A tradição do período hipocrático, de estudar-se a doença antes de conceituar-se a saúde permaneceu em grande parte, só modificando-se muito depois, em meados do século XX. Mais recentemente, desenvolveram-se as idéias epidemiológicas marcadas pelo positivismo e pelo estrutural-funcionalismo, ficando as concepções de saúde conflituadas entre um positivismo quase ecológico e uma integralidade com base no

contexto social (MELLO-FILHO, 2003; BREIHL, 1991). Uma das conseqüências foi o surgimento do conceito de saúde coletiva, que resgatou as relações dialéticas entre saúde e sociedade (MINAYO, 2004).

Na epidemiologia esse debate é atual, em um processo de movimento e superação constante, que pode ser entendido com referência na dialética materialista (MINAYO, 2004). Nos novos contextos de estudo, surgiram os recortes sociais e culturais como identidades de base e de superestrutura da sociedade, que passaram a ser cada vez mais importantes (BREIHL, 1991). Na superestrutura, a segmentação cultural é marcante e relaciona-se às lutas contra-hegemônicas à dominação de classe que operam na sociedade civil (SOARES, 2000). Nesse terreno ressurgiu também a questão étnico-racial como recorte do estudo de saúde e como um novo entendimento da inserção social de grupos etnicamente distintos.

Neste estudo aborda-se a gênese dos conceitos gerais da epidemiologia clássica e as bases da epidemiologia definida como crítica ou social, proposta como método de estudo no campo da saúde coletiva. Neste método, a importância de um recorte sociocultural é salientado, a partir de identidades étnicas como a dos indígenas.

CORRENTES EPIDEMIOLÓGICAS DO SÉCULO XIX

As correntes de pensamento científico explicativas das doenças no século XIX são especialmente elucidativas quando se pretende entender a gênese do atual campo epidemiológico e suas contradições.

Em meados daquele século, podemos observar um terreno de conflitos entre as concepções de origem miasmáticas e da constituição epidêmica e as contagionistas. Essas desembocaram depois nas teorias microbiana

e da unicausalidade das doenças.

Anteriormente, as idéias de Hipócrates observadas, por exemplo, no trabalho “Ares, águas, lugares”, foram muito importantes na gênese da teoria da constituição epidêmica. Constituíam-se na base das idéias, depois ampliadas, acerca das influências do meio sobre a saúde, mantendo o foco na doença, mas salientando também a saúde como expressão de um bem-estar social (SCLIAR, 2002a).

As condições ambientais foram as influências sobre os trabalhos de Sydenham no século XVII. Esse autor, embora ainda focado na questão das doenças, manteve a influência do meio como explicação fundamental, criando as bases da teoria conhecida como constituição epidêmica (CZERESNIA, 1997). Pode-se observar a influência dessa corrente de pensamento, agora no século XIX, sobre Virchow, considerado um autor-chave na transição dialética entre a concepção ambiental-social para a unicausalidade microbiana (BREIHL, 1991). As produções de Virchow como “As epidemias de 1848” e “As doenças do povo” de 1849, são exemplos da teoria da constituição epidêmica. Para Virchow, os indivíduos doentes são essencialmente iguais aos sãos, com manifestações diferentes que são seus atributos. Mas certas condições de vida, anormais, dizem respeito às nações ou sociedades e podem ser a influência decisiva para as doenças de um grande número de pessoas. As terapêuticas, em conseqüência, devem ter também um caráter coletivo (CZERESNIA, 1997).

De outro lado vinha a idéia do contágio, versão mais científica da idéia dos miasmas recolocada no século XVI por Fracastolo. Esse autor procurava explicações para a aquisição de doenças assumindo que o contato (de onde vem o contágio) com outros doentes era fundamental e proporcionava a passagem da “causa”, que mais tarde foi recolocada como um conjunto de “germes causadores”. A teoria do

contágio foi, depois, revisitada por Henle no século XIX, a partir do seu trabalho sobre miasmas e contágio de 1840. Henle assumiu uma liderança no pensamento científico em desenvolvimento neste período, criticando o conjunto de idéias “inespecífico” trazido pela idéia da constituição epidêmica e argumentando pela “redução causal das doenças”. Contrastou desta forma, profundamente com a explicação ambiental defendida por Virchow, trazendo o debate para as lesões de porta de entrada dos germes causadores das doenças. Isto pavimentou o caminho para a teoria pós-contagionista da transmissão das doenças, consagrada com a linha microbiana de Pasteur, Koch e seguidores posteriores. Henle sustentava que o contágio não é a doença, mas a sua causa e esta era provavelmente viva (CZERESNIA, 1997).

No seguimento da teoria da transmissão, apareceu o trabalho mais conhecido da época, de Snow, que se denominou “Sobre a maneira da transmissão do cólera” lançado inicialmente em 1848. John Snow era um seguidor das teorias de Henle e buscava a gênese do cólera a partir de estudos minuciosos dos sintomas de numerosos pacientes. Interessantemente, no curso de suas investigações, usou idéias da constituição epidêmica de Virchow, conseguindo comprovar o que chamou de “propagação do veneno do cólera” pela água abastecida por companhias de água que a captavam em diferentes pontos do rio Tâmsa em Londres (WALDMAN, 1998). A sua reconhecida contribuição metodológica rendeu-lhe o título de pai da epidemiologia (CZERESNIA, 1997). O agente infeccioso do cólera foi elucidado posteriormente, por Koch, em 1883.

Pasteur, Koch e outros microbiologistas inauguraram a fase microbiana da explicação das doenças, com sucessivas descobertas no período entre 1860 a 1890. Essas descobertas iniciaram-se com a eliminação da idéia da geração espontânea e adentraram o campo das

doenças humanas, apresentando agentes e terapêuticas com grande impacto, haja vista por exemplo a vacina para a raiva, descoberta por Pasteur (PELCZAR et al., 1997). A influência microbiana foi direta na epidemiologia caracterizando a fase da unicausalidade das doenças. Esta centrava-se na busca de novos agentes etiológicos e na descoberta da sua transmissão, a base da terapêutica e prevenção por vacinas. Mesmo no século XX, observou-se essa mesma concepção, nos anos 1980, na corrida pela descoberta do vírus da imunodeficiência adquirida – HIV. Da mesma forma, o etiologismo na explicação da doença eclipsou a rede de medidas preventivas, só retomada vários anos depois.

MODELOS UNICAUSAIS, MULTICAUSAIS E A TEORIA DA PREVENÇÃO ETAPISTA

No Brasil a unicausalidade das doenças era a teoria predominante no início do século XX, influenciou sobremaneira os estudos e as políticas públicas. São conhecidas as descobertas e ações da escola de Oswaldo Cruz sobre a febre amarela, peste bubônica, varíola, e doença de Chagas (SCLIAR, 2002b). A lógica do processo era conhecer e combater o agente etiológico, um inimigo a ser vencido por campanhas sanitárias. O campanhismo original foi

posteriormente revisitado na versão das “endemias rurais” dos anos 1950 a 1980 (CUNHA e CUNHA, 2001).

A seguir, consolidou-se o higienismo nos anos 1920 e 1930, derivado da vertente positivista predominante no período e que pretendia curar o Brasil doente do interior. Salienta-se nessa concepção a participação de escritores como Monteiro Lobato e sanitaristas como Arthur Neiva e Belizário Pena (SILVEIRA, 2005).

A epidemiologia nesse período passou da unicausalidade insuficiente para a explicação das doenças, para a multicausalidade de influência positivista. Esta agregava na explicação das doenças além dos micróbios, a “carência física, alimentar e educacional”, entrando perigosamente na discriminação racial ao incorporar elementos do eugenismo. É conhecida, por exemplo, a trajetória do personagem Jeca Tatu de Monteiro Lobato. Inicialmente, a sua situação é explicada como “o Jeca não é assim, está assim”, sendo que mais tarde o personagem livrava-se da ancilostomose através de hábitos higiênicos e fica forte por causa de complementos alimentares (SILVEIRA, 2005).

A tendência mundial por outro lado, indica uma superação dialética do modelo multicausal para o preventivista etapista consagrado por Leavell e Clark nos Estados Unidos nas obras sobre a “medicina preventiva” a partir dos anos 1940 (BREIHL, 1991). Esse modelo adequou-

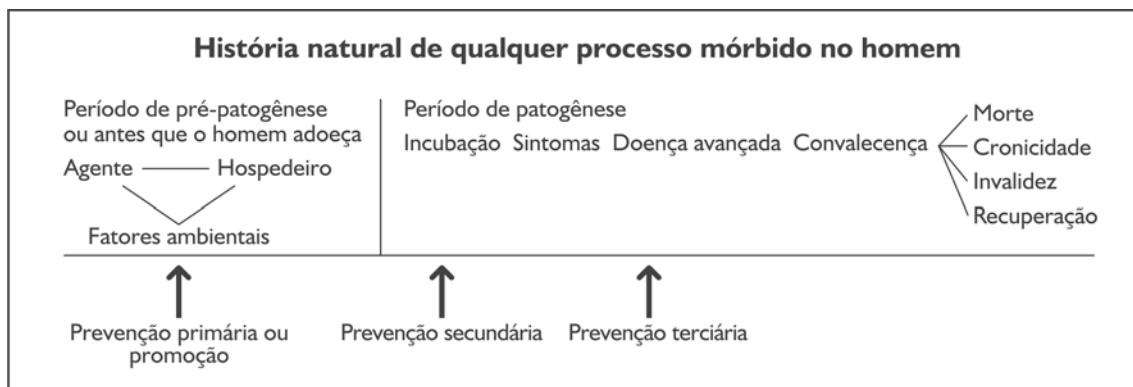


Figura 1 - O modelo preventivo etapista de Leavell e Clark.

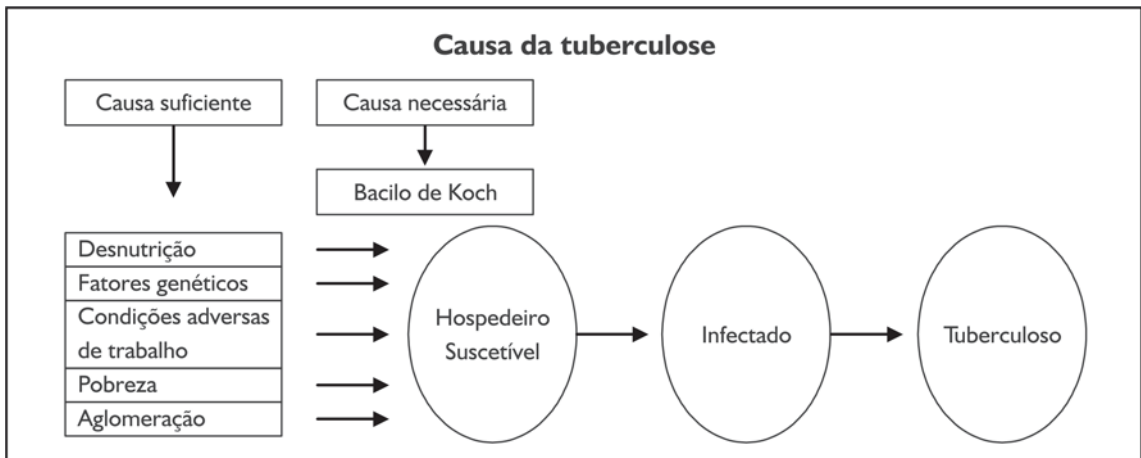


Figura 2 - Exemplo de causas suficientes e necessárias para a tuberculose.

se às políticas conciliatórias com as classes dominantes, ao localizar elos frágeis e propor intervenções preventivas pontuais, sem discussão sobre a estratificação social ou a gênese da pobreza. Os elementos fundamentais do positivismo continuam presentes neste modelo, como a naturalização da doença, agregados ainda a uma concepção funcional-estruturalista que abrange a causalidade isolada e o etapismo (BREIHL, 1991; MELLO-FILHO, 2003). A Figura 1 apresenta o modelo de Leavell e Clark para a “história natural” das doenças (LEAVELL, CLARK, 1976).

Nos anos 1940, no entanto, um resgate da dimensão social da saúde foi dado pela elaboração da constituição da Organização Mundial da Saúde, em 1948, de que “a saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças”. Essa declaração foi repetida na famosa conferência da OMS de Alma-Ata, em 1978, a qual ampliou o caráter social da relação saúde e doença ao lançar as bases da atenção primária em saúde (RIVERO, 2003).

No mesmo período, uma vertente neopositivista também revisitou a teoria ecológica na questão da saúde, com o trabalho de Wylie que declara que “a saúde é a perfeita e contínua adaptação do organismo ao seu

ambiente”. Nos dizeres de Forattini (1990), defendendo essa concepção, “o social pertence ao ambiente”. A questão, à luz da epidemiologia é metodológica, porque se a saúde ou as doenças deveriam ser pesquisadas como fenômeno ecológico, os instrumentos seriam os das ciências naturais, em consonância com as bases positivistas.

EPIDEMIOLOGIA SOCIAL

A idéia e a conceituação de uma epidemiologia social já iniciam com controvérsias. Autores como Breihl (1991) colocam que toda a epidemiologia obrigatoriamente é social e, portanto, o contraponto da epidemiologia clássica, de base positivista e, por consequência, quantitativa, deve ser denominado de epidemiologia crítica. Outros autores como Krieger, recolocam a questão de que o enfoque social nessa epidemiologia é claro e, portanto, o nome se aplica nos marcos também de uma melhor apropriação das ciências sociais e da metodologia qualitativa, como observa-se a seguir:

[...] Nos anos recentes, nasceu um vínculo mais forte entre a epidemiologia e as ciências sociais, estimulado pela necessidade de reco-

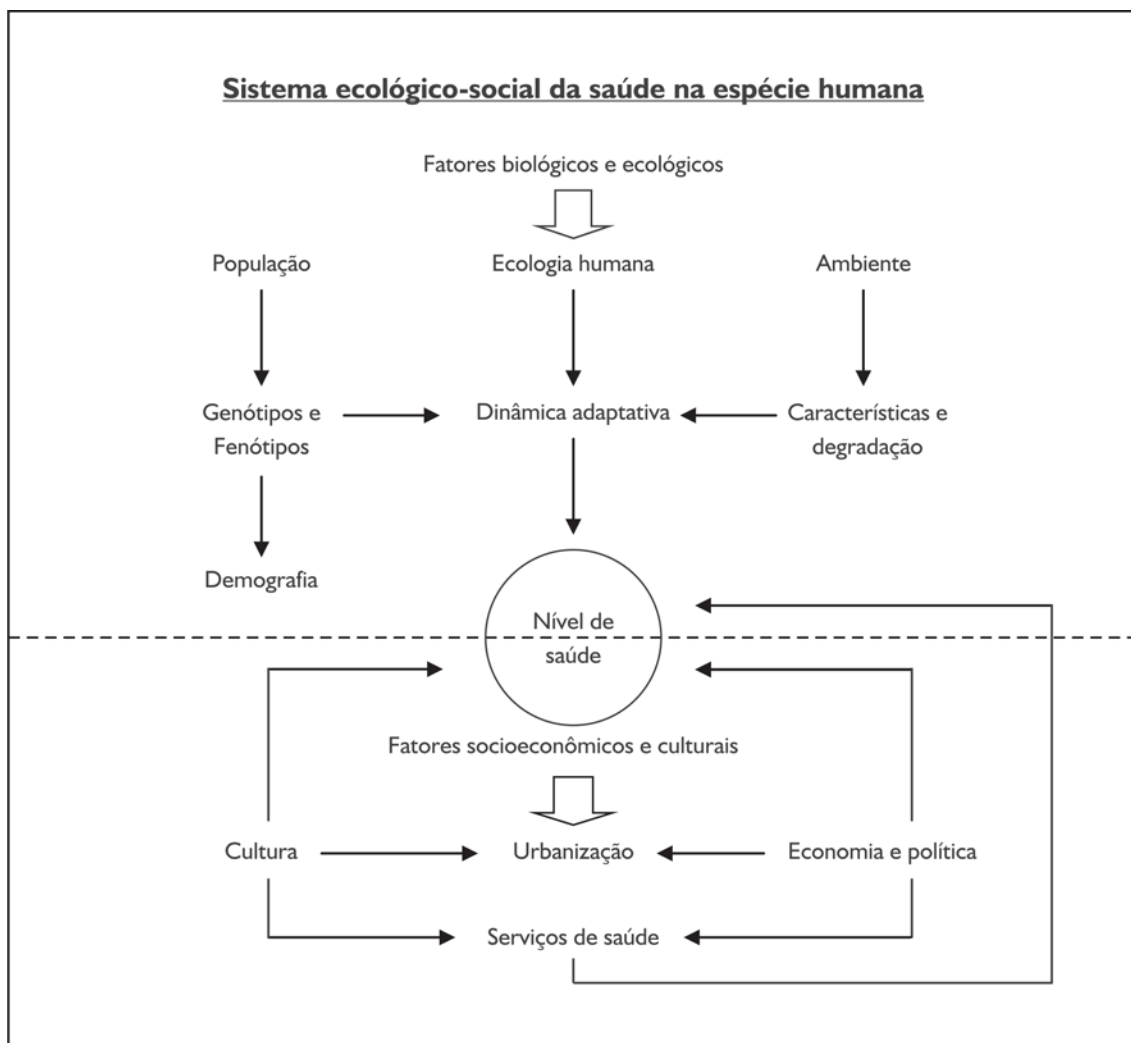


Figura 3 - Fluxo causal ecológico, biológico e social das doenças.

nhecer-se e documentar-se o amplo espectro dos determinantes da saúde, desde o nível micro em que operam os fatores biológicos individuais até os níveis macro que expressam as condições sociais em que vivem as populações, ocasionando o nascimento da chamada “epidemiologia social”. (KRIEGER, 2002a, p. 7, tradução nossa)

Essa agregação metodológica das ciências sociais à epidemiologia traz, necessariamente, uma ampliação de enfoques, ferramentas e alianças com os métodos e abordagens da pes-

quisa social. A pesquisa qualitativa contribui com as suas várias tendências, sejam mais etnográficas centradas na cultura, ou mais histórico-estruturais, centradas na organização social. Os instrumentos metodológicos são, por exemplo, as entrevistas em profundidade, os grupos focais ou as observações diretas (ULIN et al., 2005; TRIVIÑOS, 1987). Outros autores reconhecem uma categoria de pesquisas ativas, nas quais a inserção e o envolvimento dos pesquisados é parte do processo investigativo. Entre essas, salienta-se o método da pesquisa-ação, pela convergência com a epidemiologia social,

em especial na busca de um retorno benéfico aos pesquisados (CHIZZOTTI, 2006). Outras abordagens fundamentais nessa agregação classificam-se como métodos de planejamento estratégico participativo (CASTIEL; RIVERA, 1985). Esses dois métodos serão novamente abordados posteriormente.

Para Breihl (1991), o mais importante é que os métodos agregados nessa epidemiologia contribuam para um entendimento geral e totalizador acerca da questão da saúde. A base deve ser a dialética materialista. O coletivo só pode ser abordado com uma correta categorização de classes e redes sociais envolvidas. Assim, seja denominada de social ou de crítica, essa epidemiologia contrapõe-se ao positivismo e à sua causalidade estanque, com a naturalização das doenças, uma das marcas da epidemiologia clássica hegemônica. Isso pode ser observado em fluxos causais diagramados, nas significâncias estatísticas das associações de riscos e nas medidas centrais como taxas e frequências.

Salienta-se que as explicações para as doenças não estão em relações de fluxo causal, mas na própria organização e estrutura da socie-

dade, nos modos de produção e na reprodução social das classes e segmentos. Essa base relaciona-se então com o “perfil epidemiológico” dessa classe ou segmento estudado e indica a intervenção necessária para a elevação da qualidade em saúde.

No sistema clássico por outro lado, as variáveis causadoras categorizam-se pela proximidade do fato doença. Para Waldman (1998), enquadram-se em suficiência (as mais distantes) e em necessidade indiscutível, as mais próximas (Figura 2). Tais relações de risco, como se pode inferir, devem ser então avaliadas estatisticamente.

Para Breihl (1991), mesmo redes de fluxo complexas, apresentadas pelo próprio autor, que agregam as relações sociais, culturais e ecológicas, retêm aspectos do estruturalismo mecanicista, como pode ser observado na Figura 3.

Mello Filho (2003) também discute que essa agregação de fatores sociais na rede multicausal mantém o enfoque positivista das unidades causais concatenadas e observáveis, mantendo a naturalização do método de estudo das doenças e não mudando a essência da

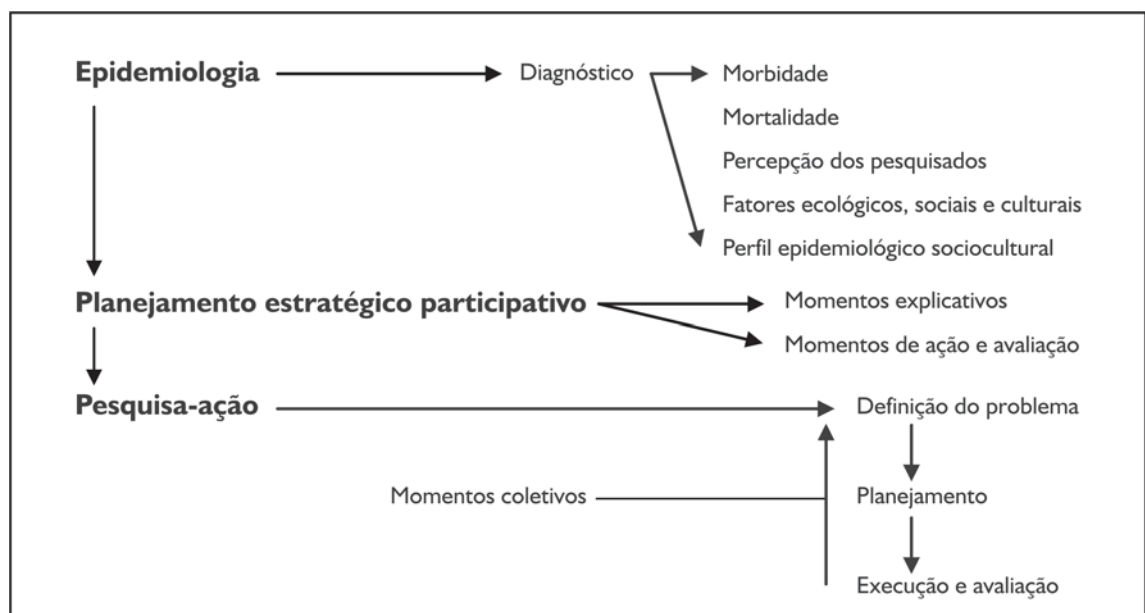


Figura 4 - Interfaces entre a epidemiologia, planejamento participativo e pesquisa-ação.

epidemiologia clássica. Para o autor, esse enfoque desloca-se para o estruturalismo, com uma causalidade quase excludente do papel humano e não há uma causa final, conclusiva. A proximidade das causas com o fenômeno doença é, novamente, analisada com ferramentas estatísticas univariadas ou multivariadas, como tendências centrais, associações, correlações únicas ou múltiplas e análise de correspondência (PEREIRA, 2001).

Com relação aos indicadores quantitativos em saúde e às medidas de associações de risco, cabem algumas observações adicionais. As medidas descritivas e a significância das associações servem apenas para uma melhor compreensão do objeto pesquisado, mas são insuficientes para a explicação dos fenômenos quando separadas da avaliação social. Sobre tudo, carregam o risco de mascarar a realidade, como se pode facilmente observar na questão das médias e taxas gerais. Tome-se, por exemplo, a redução da mortalidade infantil, comuns nas metas dos planejamentos de caráter normativo. Breihl (1991) cita o caso de uma redução desse coeficiente no Equador nos anos 1970, equivalente a 22%. Quando discriminado por áreas, no entanto, observou-se que a redução havia ocorrido em apenas 3% das mesmas! O mesmo valeria para avaliações de indicadores absolutos, que não levam sequer em conta a relação densitária do fenômeno. Da mesma forma que na questão geográfico-territorial, os resultados gerais dos indicadores em saúde geralmente dizem muito pouco sobre a estratificação por classe ou segmento social, não possibilitando intervenções efetivas.

Por fim, a epidemiologia pode ser vista como o instrumento da descoberta, do diagnóstico coletivo, do “que fazer” resultante de aplicação metodológica. O “como fazer” seguinte ao diagnóstico segue-se ao estudo epidemiológico básico, como uma intervenção de

caráter participativo. Alguns autores abordam a conexão entre epidemiologia e planejamento de base estratégica, num processo de empoderamento dos sujeitos pesquisados, já mencionado (CASTIEL; RIVERA, 1985). Diagnóstico, planejamento de ações, aplicação e avaliação, sempre com caráter participativo, também caracterizam o método eclético da pesquisa-ação (CHIZZOTTI, 2006). A Figura 4 ilustra as relações possíveis entre essa epidemiologia, planejamento e pesquisa-ação.

RAÇA E ETNICIDADE

Krieger (2002b) relaciona, para a epidemiologia social, vários aspectos insuficientemente esclarecidos na epidemiologia clássica, como os estratos sujeitos à discriminação, como racismo, xenofobia, homofobia, sexismo e outros. Assim, além da classe, categorias como gênero, raça-ethnicidade ou orientação sexual devem ser considerados dentro da abordagem da epidemiologia social como segmentação, para a compreensão dos fenômenos saúde-doença.

Raça ou etnicidade compõe um extrato do complexo social a ser analisado em função de iniquidades e desigualdades. Indicam uma categoria social, não biológica, formada por grupos sociais demarcados pela cultura e pelos sistemas opressores, ou seja, pelo que é conhecido como racismo. Esse opera, ideologizando características físicas arbitrarias, como a cor da pele. Assim, essa categoria relaciona-se com a saúde da mesma forma que os estratos ou classes (BREIHL, 1991). Dessa forma, produzem também um “perfil epidemiológico”, a partir de suas crenças alimentares, terapêuticas, costumes sociais ou religiosos e também relações de produção com a sociedade e acesso a serviços de saúde. Alguns autores indicam que este perfil pode ser melhor apresentado como sociocultural (GONZÁ-

LEZ-CHÉVEZ; HERSCH-MARTÍNEZ, 1993). Estudos epidemiológicos destinados a investigar este perfil não podem apenas arrolar indicadores específicos e eleger a categoria cultural ou étnica como fator de risco. Primeiro porque a unificação de grupos étnicos nas análises, fato comum, repetirá a falácia das médias e taxas gerais. Segundo, as explicações possíveis da situação de saúde a partir da categoria reprodução social ou sociocultural não aparecerão, posto que elas dependem de uma abordagem totalizante que inclua esses aspectos culturais.

A SAÚDE INDÍGENA: O NECESSÁRIO RECORTE ÉTNICO E SOCIAL

A Lei nº 9.836, de 1999, conhecida como “Lei Arouca”, criou o Subsistema de Saúde Indígena, incorporado ao sistema maior, o SUS. Compõe o Capítulo V da Lei Federal nº 8.080, de 1990. A especificidade de trabalho no âmbito da atenção à saúde indica um recorte étnico evidente, como observado no texto original:

Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional. (BRASIL, 2006a, p. 27)

A proposta de atenção diferenciada e integral à saúde, da forma colocada na lei, está em consonância com métodos e propostas da saúde coletiva, como visto anteriormente.

A justificativa para estudos sobre saúde indígena, que tenha o propósito de elucidar o

perfil epidemiológico sociocultural dessas comunidades, parte da percepção das desigualdades em saúde relacionadas com essas comunidades étnicas. Desigualdade, como proposta por Krieger (2002b) é o oposto à equidade, ou seja, trata-se de uma situação com diferenças no nível de saúde em grupos sociais ou áreas, geralmente baseadas em indicadores quantitativos. Salienta-se que a equidade é um dos princípios doutrinários do SUS, no que se refere à mesma efetividade de serviços para qualquer usuário ou segmentos sociais (CUNHA; CUNHA, 2001). Dessa forma, é necessário atender desigualmente os desiguais para atingir a mesma efetividade.

Essa desigualdade é clara nos indicadores de saúde indígena de base quantitativa que podemos observar em anuários estatísticos públicos como o Saúde Brasil de 2006 (BRASIL, 2006b). Para detalhar-se essa situação, propõe-se uma comparação com base no indicador risco relativo, da desigualdade na morbidade e mortalidade infantil. O risco relativo é uma medida de associação destinada a demonstrar a força de determinada categoria de exposição, quando comparada à sua ausência. Sua utilização é proposta para estudos longitudinais prospectivos ou retrospectivos, onde o seguimento ocorre sobre toda a população estudada (WALDMAN, 1998).

O anuário inicialmente revela que houve 54.183 óbitos na faixa etária de menores de um ano em 2004, ou seja, 22.329 (41%) em brancos; 33% (18.030) em pardos; 2,8% (1.499) da raça/cor preta e 626 (1,16%) da raça/cor amarela ou indígena, sendo não informados 21,6%. A diferença entre os limites da amplitude da série, cerca de 40 vezes, demonstra a diferença populacional esperada. Outros indicadores aparecem na Tabela I.

Observa-se na tabela, através do risco relativo, que: (i) na primeira linha, a importância das causas endócrinas e nutricionais, incluindo

Tabela 1 - Frequência das causas de mortalidade em menores de 1 ano

| Causas | Raça/Etnicidade | | | | | Risco relativo ¹ para indígena |
|---|-----------------|-------|---------|-------|--------|--|
| | Indígena | Parda | Amarela | Preta | Branca | |
| Endócrinas, nutricionais e metabólicas | 11,7 | 2,7 | 1,7 | 3,1 | 1,5 | 7,8 |
| Afeções perinatais | 29,2 | 56,2 | 59,1 | 52,6 | 54,5 | 0,5 |
| Diarréias como componente de causas infecciosas | 77,3 | 59 | 63,6 | 53,8 | 46,2 | 1,7 |
| IRA ² como componente de causas respiratórias | 91,3 | 72,8 | 50 | 71,4 | 75,3 | 1,8 |
| Mortalidade pós-neonatal | 60,5 | 35,9 | 27,8 | 40,8 | 34,3 | 2,2 |

Fonte: BRASIL, 2006.

Observação: 1. Os valores de referência são os limites superiores ou inferiores na amplitude da linha.

2. Infecção respiratória aguda.

desnutrição, na mortalidade infantil indígena é 7,8 vezes maior que na referência da população branca; (ii) na segunda linha, a importância das afeções perinatais na população indígena equivale à metade da referência amarela, indicando condições de saúde aceitáveis ao nascimento; (iii) na terceira linha, a diarreia como componente das causas infecciosas na população indígena é 1,7 vez mais importante que a referência branca, indicando claros problemas sanitários; (iv) na quarta linha as infecções respiratórias agudas são 1,8 vez mais importante na população indígena que na referência amarela, indicando deficiência na atenção básica e, (v) na quinta linha, a mortalidade pós-neonatal na população indígena é 2,2 vezes mais importante que na referência amarela. Essa última constatação reforça a indicação de que a mortalidade infantil tardia é muito mais importante na população indígena que nas demais consideradas.

Os indicadores de saúde são indícios importantes, que podem ser utilizados para a justificativa de estudos aprofundados, integradores. No caso indígena, é clara a vulnerabilidade da população em geral a partir dos indicadores. A partir dessa constatação, outros estudos com base na epidemiologia social poderão detalhar o perfil epidemiológico, a causalidade e a possibilidade de intervenção para melhoria dos resultados desses indicadores.

CONCLUSÕES

A trajetória da epidemiologia mostra uma transição cujo início são as escolas com ênfase nas condições ambientais, do período hipocrático à teoria da constituição epidêmica influenciada pela idéia dos miasmas. A seguir, consolidaram-se as escolas do reducionismo científico, que buscaram no con-

tagionismo primeiro e, depois, na teoria microbiana a explicação para as doenças. As descobertas progressivas no campo biológico médico, especialmente no século XIX impulsionaram a teoria microbiana e a proposta de unicausalidade das doenças. Em paralelo, a naturalização do fenômeno das doenças aproximou este enfoque do positivismo e seus princípios de naturalização do social e causalidade fragmentada. A estruturalização da análise vista na teoria da prevenção por etapas, manteve os princípios positivistas e consolidou-se na epidemiologia clássica. Em contrapartida, desenvolveu-se a percepção de que o coletivo na saúde é um fato social, cujas mudanças dependem também de regras sociais. Isso impulsionou uma nova concepção, a epidemiologia social ou crítica. Buscou-se com esta concepção, a integralidade biológico-social na análise do contexto patológico e nas propostas de saúde. A exata dimensão das relações sociais, econômicas e culturais dos grupos estudados é fundamental e sua segmentação deve compor as categorias da análise epidemiológica. Observa-se que sem essa integralidade, dificilmente as premissas básicas da epidemiologia serão alcançadas.

Salienta-se, também, que um enfoque sociocultural em estudos epidemiológicos sobre populações etnicamente diferenciadas como as indígenas é fundamental para o delineamento de um perfil epidemiológico adequado às tarefas coletivas para o incremento da saúde dessas comunidades.

Finalmente, este estudo espera contribuir para reflexões e práticas no campo da saúde coletiva que visem ao esclarecimento dos fenômenos saúde e doença, a partir de um enfoque integral e que sirvam de apoio aos movimentos sociais que objetivam, em última análise, uma saúde melhor.

REFERÊNCIAS

- ALDRETE, J. A. Smallpox vaccination in the early 19th century using live carriers: the travels of Francisco Xavier de Balmis. **Southern Medical Journal**, Apr. 1, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Curso básico de vigilância epidemiológica: CBVE – Nível Superior**. Brasília, DF, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde**. 2. ed. Brasília, DF, 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde no Brasil**. Brasília, DF, 2006b.
- BREIHL, J. **Epidemiologia: economia, política e saúde**. São Paulo: UNESP; Hucitec, 1991.
- CASTIEL, L. D.; RIVERA, F. J. U. Planejamento em saúde e epidemiologia no Brasil: casamento ou divórcio? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 4, p. 447-456, 1985.
- CHIZZOTTI, A. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. Petrópolis: Vozes, 2006.
- CUNHA, J. P. P. da; CUNHA, R. E. da. Sistema Único de Saúde: princípios. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde: textos básicos**. Brasília, DF, p. 285-304, 2001.
- CZERESNIA, D. **Do contágio à transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
- FORATTINI, O. P. Limitações: da teoria ecológica da saúde e doença. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 94, 1990.
- GONZÁLEZ-CHÉVEZ, L.; HERSCH-MARTÍNEZ, P. Aportes para la construcción del perfil epidemiológico sociocultural de una comunidad rural. **Salud del Mexico**, v. 35, n. 4, p. 393-402, 1993.
- KRIEGER, N. Introducción a la Epidemiología

Social. **Boletín Epidemiológico / OPS**, v. 23, n. 1, p. 7, 2002a.

KRIEGER, N. Introducción a la Epidemiología Social. Parte II. **Boletín Epidemiológico / OPS**, v. 23, n. 2, p. 1-13, 2002b.

LEAVELL, H. R.; CLARK, E.G. **Medicina preventiva**. Rio de Janeiro: McGraw-Hill do Brasil, 1976.

MELLO-FILHO, D. A. de. **Epidemiologia social: compreensão e crítica**. São Paulo: Hucitec, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

PELCZAR Jr., M. J. et al. **Microbiologia: conceitos e aplicações**. 2. ed. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 1997. v. 1.

PEREIRA, J. C. R. **Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais**. 3. ed. São Paulo: USP, 2001.

RIVERO, T. A. D. Alma-Ata revisited. **Perspectives in Health Magazine: the magazine of the Pan American Health Organization**, v. 8, n. 2, 2003.

SCLIAR, M. Pequena história da epidemiologia. In: SCLIAR, M. et al. **Saúde pública: histórias, política e revolta**. São Paulo: Scipione, 2002a.

_____. Políticas de saúde pública do Brasil: uma versão histórica. In: SCLIAR, M. et al. **Saúde pública: histórias, política e revolta**. São Paulo: Scipione, 2002b.

SILVEIRA, E. Sanear para integrar: a cruzada higienista de Monteiro Lobato. **Estudos Ibero-Americanos**, Porto Alegre, n. 31, p. 181-200, 2005.

SOARES, R. D. **A concepção gramsciana do estado e o debate sobre a escola**. Ijuí: Unijuí, 2000.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educa-**

ção. São Paulo: Atlas, 1987.

ULIN, P. R.; ROBINSON, E. T.; TOLLEY, E. E. **Qualitative methods in public health**. São Francisco: Jossey-Bass, 2005.

WALDMAN, E. A. **Vigilância em saúde pública**. São Paulo: USP, 1998. (Série saúde e cidadania, 7).