

## **As doenças negligenciadas e os determinantes sociais da saúde no contexto da investigação em ensino**

The neglected diseases and the social determinants of health in the context of research in teaching

Felipe do Espirito Santo Silva-Pires<sup>1</sup>

Maria Paula de Oliveira Bonatto <sup>2</sup>

Marcio Luiz Braga Corrêa de Mello<sup>3</sup>

Valéria da Silva Trajano<sup>4</sup>

Tania Cremonini de Araújo-Jorge<sup>5</sup>

**Resumo:** Este trabalho tem a intenção de servir como um referencial no campo das doenças negligenciadas, bem como enriquecer a formação de professores e investigadores da área de ensino. Nesse sentido, destacamos a importância dos determinantes sociais da saúde no que se refere à compreensão da realidade a partir dos referenciais apontados pelos conhecimentos populares. Como acreditamos que a sensibilização do sujeito quanto ao poder transformador de suas ações por meio do conhecimento apreendido durante o processo ensino-aprendizagem é capaz de contribuir para a emancipação dos grupos dos quais participa, escolhemos educação e cultura entre os diferentes determinantes. Outros determinantes sociais da saúde também são mencionados ao longo do texto, pois mesmo que não sejam o objetivo deste trabalho entendemos que os seus aspectos complementares permitem as transformações esperadas a partir dos enfoques em atenção, prevenção e promoção da saúde.

**Palavras-chave:** Doenças Negligenciadas; Determinantes Sociais da Saúde; Educação; Cultura.

**Abstract:** This work has the intention to serve as a reference in the field of neglected diseases and to contribute to training of teachers and researchers in the teaching area. In this sense, we highlight the importance of social determinants of health in relation to the comprehension of reality from the references cited by popular knowledge. As we believe that the awareness of a person about the transformative power of his actions through the acquired knowledge during the teaching-learning process is able to contribute to the emancipation of groups in which it participates, we chose education and culture between the different determinants. Other social determinants of health are also mentioned in the text, because although they are not the goal of this work we understand that their complementary aspects allow the expected changes from the approaches of care, prevention and health promotion.

**Keywords:** Neglected Diseases; Social Determinants of Health; Education; Culture.

<sup>1</sup> Doutorando em Ensino em Biociências e Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ-RJ).

<sup>2</sup> Doutorado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ-RJ). Atualmente trabalha na Fundação Oswaldo Cruz.

<sup>3</sup> Doutorado em Ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, ENSP. Tecnologista em Saúde Pública na Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ-RJ).

<sup>4</sup> Doutorado em Ensino em Biociências e Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ-RJ). Técnico em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ-RJ).

<sup>5</sup> Doutorado em Ciências Biológicas (Biofísica) pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Bolsista de Produtividade em Pesquisa 1C - CA MP. Coordenadora da Área de Ensino da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior(CAPES).

O termo doenças negligenciadas (DN) foi proposto na década de 1970 pelo programa “the Great Neglected Diseases” da Fundação Rockefeller, coordenado por Kenneth Warren (KEATING, 2014). As DN são doenças associadas à pobreza, sem interesse para a grande indústria farmacêutica global, geradas pelas desigualdades socioeconômicas e perpetuadoras dessas desigualdades, causadas por agentes infecciosos como vírus, bactérias, protozoários e helmintos, prevalentes nos países em desenvolvimento e subdesenvolvidos (DE SOUZA, 2010). Adicionalmente, a escassez de recursos aplicados em pesquisa sobre o assunto retarda o desenvolvimento de tecnologias sociais e biomédicas que articulem promoção da saúde e prevenção dessas doenças. O quadro das DN no Brasil também está associado a métodos diagnósticos insuficientes, ausência de vacinas, pequeno arsenal terapêutico, frágeis linhas de cuidado na atenção básica e dificuldade de acesso a dispositivos terapêuticos já existentes, com permanência de muitas DN como endêmicas no país e na América Latina.

O Brasil tem o maior número de casos e maior carga de doença relacionados às doenças negligenciadas da região latino-americana e caribenha (Tabela 1), destacando-se como principal responsável no período 2008-2014 pelos casos de dengue (40%), doença de Chagas (25%), esquistossomose (96%), hanseníase (86%), helmintoses intestinais (24%), leishmaniose cutânea (39%), leishmaniose visceral (93%), leptospirose (92%), malária (36%) (HOTEZ; FUJIWARA, 2014). Essa situação não mudou significativamente nos últimos dois anos. No entanto, com relação a doenças transmitidas pelo Aedes, passaram a ser notificados casos de Chikungunya e Zika. No período de janeiro-maio de 2016 foram registrados 122.762 casos de Chikungunya e 161.241 casos de Zika (destes, 13.538 relacionados às gestantes) (BRASIL, 2016). O Brasil também se destaca internacionalmente quanto à tuberculose como único país das Américas que permanece na lista de países responsáveis por 80% da doença no mundo, somando 81.512 casos em 2014 (WHO, 2015).

**Tabela 1 - DN em destaque no Brasil no período de 2008-2014.**

Doença	# casos / # pessoas em risco / requerendo tratamento	% de casos aproximado nas Américas/Mundo*
Dengue	5.400.000 (notificados)	40%
Doença de Chagas	1.900.000 – 4.600.000	25%
Esquistossomose	1.485.112 (pessoas requerendo tratamento)	96%
Hanseníase	29.311	86%
Helmintoses intestinais	11.937.000 (crianças requerendo tratamento)	24%
Leishmaniose cutânea	72.800 – 119.600 (incidência)	39%
Leishmaniose visceral	4.200 – 6.300 (incidência)	93%
Leptospirose	349 (mortes)	92%
Malária	267.045 (38 milhões em risco)	36%
Tuberculose	604.007 (notificados)	*80% (concentrados em 22 países, entre eles o Brasil)

Fonte: Adaptado de Hotez e Fujiwara (2014)

O custo do tratamento e o alto número de casos faz com que dengue, doença de Chagas, hanseníase, leishmaniose, malária e tuberculose ocupem uma posição de destaque em relação às doenças negligenciadas devido à sua

relevância epidemiológica e econômica para o governo brasileiro (GARCIA et al., 2011). Contudo, a dengue se destaca entre essas doenças, pois seu ônus econômico está associado à baixa produtividade por parte do trabalhador, gerando um alto custo indireto (MURRAY; QUAM; WILDER-SMITH, 2013; HORSTICK; TOZAN; WILDER-SMITH, 2015). Agravando o quadro apresentado até aqui, as iniquidades entre as diferentes classes sociais contribuem para a manutenção do perfil epidemiológico dessas doenças no cenário nacional, o que aponta para a importância de se construir uma visão integral sobre o conceito de saúde a partir de seus determinantes sociais.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define os determinantes sociais da saúde (DSS) como “as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo o sistema de saúde” (WHO, 2016). Mas a construção de um conceito ampliado de saúde, destacando fortes influências de fatores socioculturais e ambientais, enfrenta a cada conjuntura histórica períodos de tensão refletindo disputas entre projetos políticos diferenciados no contexto da promoção da saúde. Um exemplo dessas disputas pode ser observado na criação da primeira escola de saúde pública, na Universidade Johns Hopkins, localizada nos Estados Unidos. Nessa ocasião, a estruturação do campo de saúde pública foi marcada pelo conflito entre os enfoques biológicos e sociais, predominando, na época, a opção pelo investimento no controle técnico das manifestações de doenças. Outro exemplo foi a contradição entre a concepção ampliada de saúde apresentada pela Constituição da OMS, fundada em 1948, que envolviam o completo bem-estar físico, mental e social e as campanhas de combate a doenças específicas, como a varíola, na década de 1950 (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

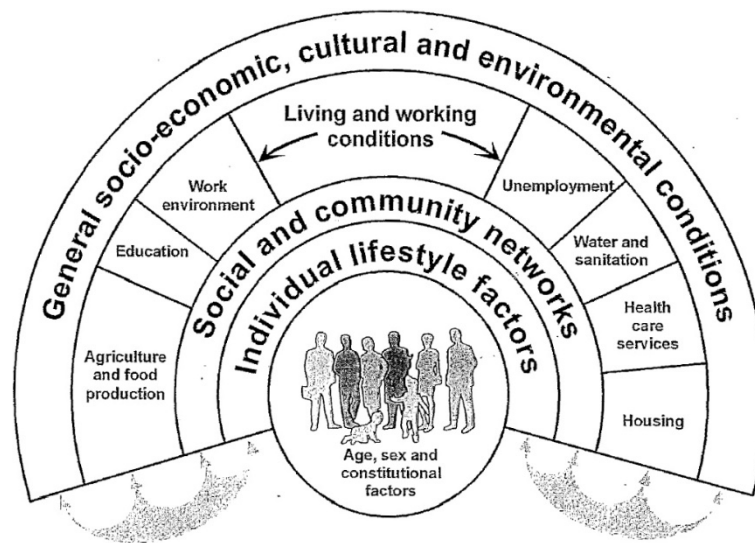
Na conferência de Alma-Ata (1978), os determinantes sociais reaparecem como um importante conjunto de fatores que atuam sobre a saúde pública. Como resultado, esse encontro estabeleceu como meta a proposta de “Saúde para Todos no Ano 2000”, enfocando principalmente a atenção primária à saúde. Posteriormente, a Carta de Ottawa (1986) trouxe para o debate o conceito de Promoção da Saúde e identificou 8 dos principais determinantes para esse fim: paz, abrigo, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Desde então, pesquisas e ações políticas tentam compreender e melhorar a saúde atuando nos DSS. Uma dessas iniciativas foi a criação dos 8 Objetivos do Milênio (2000) que servem de modelo para o desenvolvimento global e reconhece a interdependência entre as condições sociais e a saúde das populações (WHO, 2010).

Em 2005, a OMS criou a Comissão Global sobre os Determinantes Sociais da Saúde com o objetivo de avançar pautada por uma agenda que promovesse a equidade e fortalecesse os Estados-Membros na implementação de seus programas de saúde (WHO, 2010). No Brasil foi criada a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde que atuou no período de 2006-2008, consolidando um relatório final intitulado “As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil”, contendo subsídios para a análise da situação de saúde do país (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008).

Diversos modelos buscam esquematizar os fatores que integram os DSS. Um deles é o modelo proposto por Dahlgren e Whitehead (Figura 1), que categoriza os DSS em quatro níveis, a fim de facilitar a atuação de políticas públicas ou estratégias voltadas à atenção, prevenção e promoção da saúde. O primeiro nível, mais externo, compreende intervenções no âmbito nacional e internacional e seus fatores são mais gerais, incluindo estratégias econômicas, impostos e acordos comerciais e ambientais entre os países. O segundo nível está relacionado a melhores condições de vida e trabalho, conquistadas por meio de políticas públicas e de ações propostas por empresas,

sindicatos e organizações não governamentais. No terceiro nível está a vida social, como as pessoas se relacionam e se organizam para enfrentar as más condições de saúde. O último nível, mais interno, compreende o estilo de vida de cada indivíduo e as condições biológicas que determinam seu desenvolvimento ao longo da vida (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991).

Figura 1. Modelo de DSS proposto por Dahlgren e Whitehead (1991).



Dentre as estratégias para a promoção da saúde demandadas pelas populações e movimentos sociais ao governo brasileiro, encontramos a implementação de diretrizes e ações voltadas aos DSS. A aprovação da Política Nacional de Promoção da Saúde é uma conquista que teve como objetivo:

Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006, p. 17).

Outra iniciativa foi a criação do Programa Saúde na Escola (PSE), “[...] com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde” (BRASIL, 2007, p. 1). A execução do PSE está vinculada a um planejamento integrado entre as políticas e ações de educação e de saúde nas diferentes esferas de governo considerando o contexto escolar e socioambiental dos educandos.

Entretanto, a criação de diretrizes e ações voltadas aos DSS desacompanhada de um monitoramento que permita sua avaliação e correção torna ineficientes e ineficazes as políticas governamentais. Por exemplo, o PSE necessita de uma maior articulação com os currículos escolares e carece de conteúdo sobre as DN. Segundo Assis & Araújo-Jorge (2014), o PSE acaba servindo como orientação para questões orçamentárias e burocráticas, resumindo suas ações a verificação da acuidade visual, prevenção e controle da obesidade e o uso genérico do termo “promoção da saúde”. Os autores destacam que em 21 estados brasileiros estudados, o PSE é mencionado apenas no Programa Curricular do estado da Paraíba. As DN por sua vez também são muito pouco citadas, estando presentes apenas na proposta de 6 estados, em contextos que valorizam somente fatores biológicos (ASSIS; ARAÚJO-JORGE, 2014).

Assim, as iniciativas verificadas indicam uma distância significativa entre as teorias aqui apresentadas e as práticas das políticas públicas. Estas, mesmo destacando a importância dos DSS, induzem ações verticais e deterministas no campo da promoção da saúde, principalmente em relação às DN. Nesses contextos, fica claro que são desconsideradas as condições de vida e trabalho das populações dos diferentes estados brasileiros, além de se negligenciar a cultura local como fator condicionante dos processos de promoção da saúde.

A cultura mostra-se como fator responsável por diferenciar os povos através de visões de mundo e práticas sociais compartilhadas por um determinado grupo. O comportamento humano é resultado de um processo permanente de aprendizagem fundamentado em heranças culturais que se reproduzem e orientam apreciações de ordem moral e valorativa chamado endoculturação. Como consequência podemos acabar adotando posturas etnocêntricas que culminam na depreciação de comportamentos diferenciados e, em casos extremos, promovem a intolerância e a geração de conflitos sociais. Por outro lado, a superestimação de outras culturas e o abandono de crenças próprias tem potencial para desarticular uma população (LARAIA, 2015).

O processo em que um povo, enquanto entidade cultural, nasce, transforma-se e morre foi chamado por Darcy Ribeiro de “transfiguração étnica”. O contexto impõe até mesmo a populações já configuradas transformações necessárias para sua sobrevivência. Segundo o autor, sucessivas ou simultâneas, essas transfigurações ocorrem através das instâncias: biótica – interação entre seres humanos e agentes patogênicos; ecológica – mudança no desempenho vital de uma população após a introdução de novas espécies; econômica – dependência material entre populações; e psicocultural – instância em que é exercido um controle social capaz de dizimar populações ao retirar-lhes o desejo de viver (RIBEIRO, 2015). Esse exercício de “controle social” está implícito nas imposições culturais que acontecem no modelo societário capitalista, hoje mundializado, o qual impõe valores meritocráticos às diversas populações do mundo visando manter as relações de exploração entre classes em uma sociedade protagonizada pelo mercado (MARX, 1978).

Ao estudar o comportamento humano, a antropologia aponta que a diferença cultural entre populações não é consequência de determinismos biológicos e geográficos. A diferença entre os diferentes grupos humanos não é definida por traços psicologicamente inatos, ou seja, temperamento, inteligência, entre outros, sendo resultado da história, dos costumes e das disputas sociopolíticas que se dão no interior e entre grupos sociais. Da mesma forma, o ambiente não condiciona a diversidade cultural. Diferentes grupos sociais podem coexistir num mesmo espaço físico, construindo relações e costumes diferenciados (LARAIA, 2015). Contudo, na tentativa de propor uma perspectiva mais integrada entre biologia, geografia e antropologia, observamos que a cultura de fato não é condicionada por determinismos biológicos ou geográficos como simples resultado de relações de causa e efeito, mas a causalidade associada à natureza humana e ambiental podem influenciar o processo de endoculturação.

Edward Tylor, em seu livro “Primitive Culture” (1871), reuniu elementos como “conhecimento, crença, arte, moral, leis, costumes e quaisquer outras (capacidades e hábitos adquiridos pelo homem) como um membro da sociedade” na tentativa de construir uma definição abrangente de cultura. Entretanto, a definição do termo cultura é complexa e imprecisa considerando o universo de autores que se dedicaram a contextualizá-la.

A cultura é produto de eventos históricos e a atribuição de significados a símbolos culturais ocorre a partir de situações concretas, mediadas por momentos de apropriação, confronto e reinterpretação, influenciadas pela fi-



nalidade e pelo interesse de seus representantes sociais (LARAIA, 2015). Assim sendo, o povo brasileiro apresenta configuração histórico-cultural única e diferenciada por consequência de todas as instâncias de transfiguração que sofreu na sua história. A colonização portuguesa no Brasil teve como característica a interação das culturas indígena, africana e portuguesa levando à construção de um “povo novo” (RIBEIRO, 2015, p. 17). Um povo que inaugurou um novo gênero humano capaz de redefinir suas matrizes culturais. Uma sociedade que se manifesta de forma entusiasmada e positiva, mesmo estando inserida em um modelo de escravismo imposto por revoluções tecnológicas (agrícola, industrial e global) que a mantém refém do mercado mundial.

O Brasil é um país que possui uma grande extensão territorial caracterizada por diferentes condições ambientais, socioeconômicas, habitacionais, trabalhistas e educacionais em meio a uma vasta diversidade cultural. Nesse sentido, um olhar mais atento para as particularidades da população é pré-requisito para qualquer iniciativa voltada para a promoção da saúde. Os povos indígenas, por exemplo, estão presentes em praticamente todo o território brasileiro, com exceção dos estados do Rio Grande do Norte e Piauí, e apresentam elevadas taxas de incidência e mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias (MELO et al., 2012). Esse perfil epidemiológico está associado a fatores como dormitórios únicos com famílias numerosas, habitações mal ventiladas e pouco iluminadas, déficit nutricional e falta de orientação (WELCH; COIMBRA JR., 2011; RIOS et al., 2013). Contudo, a feitiçaria ainda é relacionada como uma das causas para o adoecimento, sendo o tratamento realizado com rezas e fitoterápicos (WELCH; COIMBRA JR., 2011).

Ao propor ações que objetivam uma mudança comportamental, não podemos negligenciar contextos históricos, políticos, econômicos, sociais e culturais, valorizando processos de construção compartilhada do conhecimento. Para isso, práticas educativas e investigativas devem valorizar o conhecimento prévio do sujeito superando as contradições existentes nas relações hierárquicas entre educador e educando. Caso contrário, a prática pedagógica assume uma concepção “bancária”, que segundo Paulo Freire é “o ato de depositar, de transferir, de transmitir valores e conhecimentos” (FREIRE, 2014, p. 82).

Na educação bancária, as relações são fundamentalmente dissertadoras e implicam um narrador (educador) depositando conteúdos através da sua narração nos ouvintes (educandos). Nesses casos, a palavra destaca-se pela sonoridade e não por sua força transformadora, levando os estudantes à memorização mecânica do conteúdo e impedindo o desenvolvimento de uma consciência crítica, fator de inserção no mundo como sujeitos transformadores da realidade. Como consequência, a realidade passa a ser vista como algo estático, compartimentado e descontextualizado. A passividade que é imposta aos estudantes anula seu poder criador fazendo com que se adaptem a uma visão parcial de mundo. Dessa forma, o saber é visto como doação dos “sábios” aos que “nada sabem”. No entanto, na construção de um caminho educativo comprometido com a transformação é preciso evidenciar que o saber só existe na (re)invenção e na busca que o homem faz com os outros e com o mundo a serviço da libertação (FREIRE, 2014).

O método desenvolvido por Paulo Freire teve início na década de 1960, mas, em meio a um contexto político ditatorial de submissão às disputas imperialistas mundializadas, o caráter libertador de sua prática o levou à prisão e, posteriormente, ao exílio em 1964. A proposta de Paulo Freire é de uma educação politicamente comprometida e humanista, de forma que o conhecimento compartilhado promova a transformação da realidade, e como consequência a libertação do homem (BRANDÃO, 2013). Segundo Freire (2014), a educação libertadora é um ato

coletivo e reflexivo mediatizado pelo mundo que envolve a troca de conhecimentos teóricos e práticos, reunindo conteúdos pedagogicamente sistematizados aos saberes populares. Nela, educador e educando, ambos sujeitos no ato de educar, crescem juntos e estabelecem uma forma autêntica de pensar e agir. A práxis autêntica é consequência da associação entre ações culturais/políticas e reflexões críticas que possibilitam o desvelamento e a transformação da realidade, de forma que os homens se reconheçam como seres inconclusos em e com uma realidade inacabada, livres para exercer o seu direito de ser mais (FREIRE, 2014).

A transformação da realidade se dá através do diálogo, um ato de amor, humildade, fé e esperança nos homens e no mundo, de um pensar crítico que não se dicotomiza da ação e encontra nas palavras o meio para que se torne práxis. Sem ele não há comunicação e sem esta não há a verdadeira educação (FREIRE, 2014). Diante disso, o método é construído a partir do diálogo, seja durante o levantamento do universo vocabular dos educandos, ou quando são trabalhadas as palavras e temas geradores nos chamados círculos de cultura. Particularmente, a memória social de povos latino-americanos se reconhece pela oralidade, e a tradição oral da cultura popular brasileira reforça a importância do diálogo. Objetos, situações e acontecimentos são assumidos como narrativa, em meio a olhares e gestos. A narrativa é um desafio ao apoderamento do que é oralmente narrado (FREIRE; NOGUEIRA, 2014).

As relações entre os homens são mediadas pelo diálogo e suas ações resultam na formação da cultura. Desse modo, a história da educação constitui parte da história da cultura. A educação pode estimular no sujeito uma tomada de consciência que resulte em sua inserção crítica na realidade. Isso é possível por meio do compromisso assumido por educadores e educandos de transformar os saberes e o mundo através da integração entre a reflexão e a ação, motivados pela criatividade. Portanto, profissionais do ensino e de sua investigação devem estar motivados a compreender que a transformação dos saberes é bidirecional, é um processo dialógico, no qual a negociação é uma etapa fundamental para o compartilhamento dos significados. Disso advém a importância de se evidenciar o conhecimento prévio dos educandos no contexto das diversas culturas, para se exercitar de forma legítima a promoção da saúde.

A saúde é fruto de uma ação individual e coletiva, e é essencial fortalecer a confiança no indivíduo de forma a motivar sua participação em soluções construídas conjuntamente com o governo e com os educadores. A posição de destaque negativo do Brasil no cenário mundial e o descaso das políticas públicas e indústrias farmacêuticas em relação as doenças negligenciadas reforçam essa preocupação. Principalmente, considerando que as doenças negligenciadas tendem a ser endêmicas em diferentes regiões do Brasil, e se apresentam em populações de condições culturais, econômicas e sociais diversas. Consequentemente, os determinantes sociais podem diferir nos diferentes contextos e na pluralidade cultural brasileira. Esses fatores expressam as limitações das políticas governamentais baseadas em pacotes educativos (cartazes, folhetos, propagandas) construídos de forma etnocêntrica mesmo que tenham como finalidade combater essas endemias. Por isso, reforçamos a necessidade de se conhecer diferentes realidades sociais com suas crenças, hábitos, costumes, circunstâncias, em seus variados contextos históricos sobre os quais seriam produzidos os materiais educativos.

Ao voltar a atenção para a realidade popular, na qual muitos sofrem enfermidades, educadores e investigadores têm a chance de vincular suas ações à cultura dessas populações, compreendendo melhor suas condições de

vida e trabalho, acessando os conhecimentos que muitos indivíduos adquirem ao longo do convívio com a doença. Em síntese, podemos afirmar que a desconsideração do conhecimento prévio do educando e a veiculação de conteúdos descontextualizados promovem, de maneira literal e arbitrária, situações de aprendizagem mecânica em oposição a uma aprendizagem libertadora. As palavras de Briceño-León (1996, p. 1) expressam essas condições como necessárias ao campo da promoção da saúde: “Só conhecendo o indivíduo e suas circunstâncias é possível uma ação eficiente e permanente em saúde”.

## Referências

- ASSIS, S. S. DE; ARAÚJO-JORGE, T. C. Ações intersetoriais para o controle das doenças negligenciadas e promoção da saúde: uma análise do Programa Saúde na Escola (PSE) e suas contribuições para o Ensino de Ciências. Revista da SBEnBio. **Anais**. In: V ENCONTRO NACIONAL DE ENSINO DE BIOLOGIA E II ENCONTRO REGIONAL DE ENSINO DE BIOLOGIA DA REGIONAL 01. São Paulo / SP: 2014
- BRANDÃO, C. R. **O que é método Paulo Freire**. São Paulo: Brasiliense, 2013. v. 34. Reimpressão.
- BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- \_\_\_\_\_. Decreto no 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, dez. 2007.
- \_\_\_\_\_. Boletim Epidemiológico Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 21, 2016. Brasília: Ministério da Saúde, **Secretaria de Vigilância em Saúde**, v. 47, n. 27, 21a semana epidemiológica, jan./maio 2016.
- BRICEÑO-LEÓN, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 12, n. 1, p. 7-30, jan./mar. 1996.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007.
- COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. **Alma-Ata**, 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/declaracao-de-alma-ata/>>. Acesso em: 28 abr. 2016.
- CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE. **Carta de Ottawa**. Ottawa, 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/carta-de-ottawa/>>. Acesso em: 28 abr. 2016.
- DE SOUZA, W. **Doenças negligenciadas**. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Ciências, 2010.
- DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health**, Stockholm: Institute for Future Studies, 1991.
- FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 58. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.
- FREIRE, P.; NOGUEIRA, A. **Que fazer: teoria e prática em educação popular**. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.
- GARCIA, L. P. et al. TD 1607 - **Epidemiologia das Doenças Negligenciadas no Brasil e Gastos Federais com Medicamentos**. IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2011. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/>>



portal/ images/stories/PDFs/TDs/td\_1607.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2016

HORSTICK, O.; TOZAN, Y.; WILDER-SMITH, A. Reviewing Dengue: Still a Neglected Tropical Disease? **PLoS Negl Trop Dis**, v. 9, n. 4, p. e0003632, 30 abr. 2015.

HOTEZ, P. J.; FUJIWARA, R. T. Brazil's Neglected Tropical Diseases: An Overview and a Report Card. **Microbes and Infection**, v. 16, n. 8, p. 601-606, 2014.

KEATING, C. Ken Warren and the Rockefeller Foundation's Great Neglected Diseases Network, 1978–1988: The Transformation of Tropical and Global Medicine. **Molecular Medicine**, v. 20, n. Suppl 1, p. S24-S30, 2014.

LARAIA, R. B. **Cultura**: um conceito antropológico. Rio de Janeiro: Zahar, 2015. v. 27. Reimpressão.

MARX, K. Manuscritos econômicos filosóficos e outros textos escolhidos. In: GIANNOTTI, J. A. (Seleção de textos). **Os pensadores**: Marx. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

MELO, T. E. M. P.; RESENDES, A. P. C.; SOUZA-SANTOS, R.; BASTA, P. C. Distribuição espacial e temporal da tuberculose em indígenas e não indígenas de Rondônia, Amazônia Ocidental, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 267-280, 2012.

MURRAY, N. E. A.; QUAM, M. B.; WILDER-SMITH, A. Epidemiology of dengue: past, present and future prospects. **Clinical Epidemiology**, v. 5, p. 299-309, 2013.

RIBEIRO, D. **O povo brasileiro**: a formação e o sentido do Brasil. 3. ed. São Paulo: Global, 2015.

RIOS, D.P.G.; MALACARNE, J.; ALVES, L. C. C.; SANT'ANNA, C. C.; CAMACHO, L. A. B.; BASTA, P. C. Tuberculose em indígenas da Amazônia brasileira: estudo epidemiológico na região do Alto Rio Negro. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 33, n. 1, p. 22-29, 2013.

TYLOR, E. B. **Primitive Culture**. London: John Murray, 1871. v. 1

TYLOR, E. B. **Primitive Culture**. London: John Murray, 1871. v. 2

WELCH, J. R.; COIMBRA JR., C. E. A. Perspectivas culturais sobre transmissão e tratamento da tuberculose entre os Xavante de Mato Grosso, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 1, p. 190-194, 2011.

WHO. **Action on the social determinants of health**: learning from previous experiences. Geneva: WHO, 2010.

WHO. **Global tuberculosis report 2015**. 20a. ed. France: WHO, 2015.

WHO. **Social determinants of health**. Disponível em: <[http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/)>. Acesso em: 08 jul. 2016.

