

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

MICHELLE GONÇALVES RODRIGUES

**UMA FICÇÃO SOBRE A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: SUAS
PRÁTICAS COMO RITUAIS**

JUIZ DE FORA
2010

MICHELLE GONÇALVES RODRIGUES

**UMA FICÇÃO SOBRE A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: SUAS
PRÁTICAS COMO RITUAIS**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais/UFJF como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais.

Orientador: Dr. Octávio Andrés Ramón Bonet

JUIZ DE FORA
2010

Rodrigues, Michelle Gonçalves.

Uma ficção sobre a estratégia de saúde da família: suas práticas como rituais / Michelle Gonçalves Rodrigues. – 2010.

88 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais)–Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2010.

1. Saúde da família. 2. Visita domiciliar. 3. Política de saúde. I. Título.

CDU 613.9-058.8

MICHELLE GONÇALVES RODRIGUES

**UMA FICÇÃO SOBRE A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
SUAS PRÁTICAS COMO RITUAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais. Defendida e aprovada em pela banca constituída por:

Prof. Dr. Octávio Andrés Ramón Bonet (orientador)
Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais da UFJF

Prof^a. Dra. Rachel Aisengart Menezes
Instituto de Estudos em Saúde Coletiva/UFRJ, IESC/UFRJ

Prof. Dr. João dal Poz Neto
Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais da UFJF

Juiz de Fora, 04 de março de 2010

A meu pai, Rogério,
com amor e gratidão, dedico.

AGRADECIMENTOS

Entre a alegria da conquista e a tristeza da despedida, escrevo em especial para aqueles que de alguma forma marcaram os caminhos por mim trilhados. Peço desculpas pelo esquecimento que pode acometer-me neste momento de cansaço. Reconheço que muitos não serão citados, mas os carregarei comigo pelos palcos da vida.

Meu pai que me incentivou, desde os primeiros anos, nos horizontes que hoje sigo. Ainda pequena brincava de escavações no quintal de casa, falando que seria arqueóloga. E ele rindo, me deixava ali, completamente suja de terra. Ao mesmo tempo dava-me livros de lugares exóticos até chegarem às obras literárias e seus personagens. Foi quando percebi a poesia presente na vida. Esse foi o maior presente que de todos já me ofertaram, e o que me fez sempre olhar a frente.

A minha avó por seu cuidado constante, que mesmo de longe ainda me encobre com suas broncas por não ter almoçado. E por todos os sorrisos que vejo em seu rosto, mesmo aqueles que ela não entende muito bem o que é como a minha paixão pela antropologia.

Sibéri, minha belle-mère, porque madrastra jamais. Mãe de coração ainda que nos pareçamos fisicamente, pelo incentivo em todos os momentos que estivemos juntas. Pelo seu sorriso acolhedor em cada conquista. Sempre elevando meu ego as alturas, ficando ao meu lado nas discussões quase diárias com meu pai, que mais se parece um irmão. Foram os dois, juntos, que me incentivaram a tentar o doutorado quando eu já pensava em desistir. Devo a eles minha aprovação.

A família etílica, os grandes amigos que conquistei durante os anos de graduação, me acompanham nas noites de rock and roll e na simplicidade dos dias. Acho que posso considerá-los irmãos não só pela promessa de amizade eterna que nutrimos uns pelos outros. Ao Vinicius, louco como ele só e sempre pensando numa forma de ficar rico rápido. Ao Emerson, que mesmo com toda distância entre nossas crenças intelectuais, sempre esteve por perto. Minha amiga Gláucia, a sobrevivente da república “mais macha que muito homi”, sempre companheira em todos os momentos, até naqueles não regados a vodka. É a única pessoa com quem de fato converso todos os dias e que me conhece muito bem, afinal como nos parecemos! Posso ficar escondida

do mundo que ela me acha, e a recíproca também é verdadeira. Só de vê-la triste com a minha partida meu coração pesa mais e mais.

Rodrigo, meu amigo de problemas, risadas, divagações e meu maior interlocutor. Sempre disposto a ouvir as idéias mais inusitas quando fecho algum livro. Com seu sorriso sempre verdadeiro consegue me levantar nos piores momentos. No processo de criação dessa dissertação sua ajuda foi primordial, não só com o abrigo em sua casa, mas com seus ouvidos e olhos atentos para minha criatividade. É um camarada eterno!

Aquele que alegra meus dias, Luciano. Sempre com um cafezinho para mim ou chegando à janela para me avisar do almoço pronto. Seu jeito simples é encantador. Os trocadilhos e piadinhas trouxeram colorido na correria da escrita desse trabalho. A cada nova idéia que me ocorria era ele que escutava meus primeiros devaneios.

Em especial aos amigos Cavalo, vulgo Daniel Albergaria, e Marcelo Vilarino pelas conversas e os pensamentos surgidos depois das aulas de antropologia. Me lembro que saíamos da sala de aula ainda meio zonzos e sem entender muita coisa. Mas foi depois de uma dessas aulas, em nossos encontros rotineiros de discussão que o tema para essa dissertação surgiu.

Aos amigos Carlinho, Gabriela, Maria Fernanda, Cristiane, Patrícia, Flávia, Paula, Heiberle, Tiagom, João Felipe e Sandra, pelo companheirismo, pela torcida, pelas risadas, pelos encontros na cantina, nos corredores ou pelos bares. Amigos feitos pelos cantos do já remoto ICHL. Cada um vindo de um lugar diferente, alguns de cursos diferentes, mas que demonstraram-me o valor da amizade. Interlocutores acadêmicos e parceiros profissionais em assuntos que envolvem certo estado ébrio.

As bandidas do meu coração Babá, Karen e nossa mascote Olívia. Pela alegria de estar com vocês, de rir e chorar com vocês. Amigas sinceras, cada uma a seu jeito, mulheres poderosas, mas todas com um coração imenso. Muito obrigada por saber que posso sempre tê-las ao meu lado e que sempre vão olhar o horóscopo para me contar. Amigas que comprovam o ditado “ninguém faz amigos bebendo leite”.

A Francisco, secretário do Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais, sempre pronto a me ajudar no que precisei e por seu incentivo na preparação para a seleção de doutorado.

Aos Professores Octávio Bonet e Fátima Tavares pela formação e preparo para a vida acadêmica. Por terem acreditado em mim ainda no 3º período da faculdade. Em especial agradeço a Octávio pela orientação no desenvolvimento dessa dissertação,

por ter me dado a chance de colocar aqui minhas inquietações e por me apresentar a antropologia sobre o corpo. A Jurema Brittes pela participação em minha qualificação. A João dal Poz, por aceitar não só o convite para a banca de qualificação, mas também se fazer presente em minha defesa. E a Rachel Aisengart Menezes, por suas considerações sobre um trabalho apresentado em 2008 e, hoje, pela participação em minha banca.

Meus sinceros agradecimentos!

[...] é certo que uma obra não se deixa reduzir a uma representação completamente determinada, existente em si, externa ao movimento de leitura que ela própria engendra. É certo também que a obra de pensamento não se reduz a uma mensagem que, do fundo do passado, nos guardaria como pregoeiros de sua verdade. A leitura não é inspeção intelectual de uma idéia ou de um fato nem é epifania. É, como disse Merleau-Ponty, ‘reflexão em outrem’. Por sua vez, a escrita começa no momento em que o discurso do outro escritor nomeia aquilo que é objeto das interrogações de seu leitor e que, sendo nomeado por um outro, abre uma via para a reflexão de quem lê e lhe permite também escrever: sua própria reflexão só pode exprimir-se graças à escrita alheia que lhe deu a pensar e a dizer o que, sem ela, não poderia pensar nem dizer [...]

Marilena *Chauí* – A Nervura do Real

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo refletir sobre a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a política de saúde intitulada Humaniza SUS. Para isso recorreremos as ditas “tecnologias leves”, ou “tecnologias corporais”, como formas de cuidado do outro, aliado ao enfoque antropológico sobre o ritual e a ritualização das práticas. Nosso argumento parte do contraponto entre práticas estereotipadas e práticas recriadas pelas constantes possibilidades de afetação que os sujeitos vivenciam na vida ordinária. A maneira como os significados dados por cada agente quando se referem às práticas próprias da ESF, como as visitas domiciliares e os grupos educativos, nos permitem compreender os processos de transformação dos corpos, onde cada ator *corporifica* suas experiências passadas e recriam os significados para a ação presente. Partimos de casos etnográficos para questionarmos a concepção de um corpo único biomédico, demonstrando a multiplicidade de corpos que envolvem distintos itinerários de vida.

Palavras-chave: ESF. Visita Domiciliar. Grupos Educativos. Significado e Ritual.

ABSTRACT

This paper aims to discuss the Family Health Strategy (Estratégia de Saúde da Família - ESF) and health policy entitled Humaniza SUS. To do so will draw the so-called "soft technologies", or "body technologies" as ways of caring for others, coupled with the anthropological focus on ritual and ritualistic practices. Our argument is the opposition between practices and stereotyped practices recreated by the constant possibility of affecting the subjects live in ordinary life. The way the meanings given by each agent when they refer to practices peculiar to the ESF, such as home visits and educational groups, allow us to understand the processes of transformation of bodies, where each actor embodies his past experiences and recreate meanings for this action. We started from ethnographic cases to question the design of a single body biomedical, demonstrating the multiplicity of bodies involving different paths through life.

Keywords: ESF.Home Visit. Educational groups. Meaning and Ritual.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO - O fazer antropológico e o “afeto”	12
2	A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O CONCEITO HUMANIZAR	19
2.1	Entre o velho e novo: a objetividade e a subjetividade nas concepções de saúde e doença	19
2.2	A Estratégia de Saúde da Família	22
2.3	O conceito <i>Humanizar</i>: uma nova cultura de atendimento	24
2.4	Linguagem como ação cuidadora	29
2.5	A Regulamentação do PSF, ou ESF, em Juiz de Fora – MG	31
2.6	Uma breve descrição das páticas realizadas pela ESF nas UBS’s	32
3	POR UMA LIBERDADE DE ANÁLISE: A FICÇÃO DO TRABALHO ANTROPOLÓGICO	35
3.1	A prática etnográfica e suas várias vozes	35
3.2	Entre a prática e discurso: uma liberdade de análise	38
3.3	Corpo e Cultura na construção dos significados	43
4	O RITUAL COMO ESTRUTURADOR DA ANTIESTRUTURA: ENTRE A PRÁTICA E TEORIA	47
4.1	O que fazem e o que dizem que fazem: uma análise fictícia sobre o ritual	47
4.2	O conflito enquanto um elo na construção dos significados	48
4.3	A mudança social como um processo imanente de desterritorialização	56
4.4	O discurso na estruturação ritual	64
4.5	A experiência emocional na análise social do ritual	74
	CONCLUSÃO - Trajetórias que significam: o “mal-entendido produtivo”	79
	REFERÊNCIAS	85

1 INTRODUÇÃO

O fazer antropológico e o “afeto”

Coisa estranha é o silêncio. A mente se torna como uma noite sem estrelas; mas de repente um meteoro desliza, esplêndido, atravessando a escuridão, e se extingue. Por essa diversão, nunca dizemos suficientemente obrigado. (Virgínia Woolf, A marca na Parede)

Este é um trabalho escrito sob várias mãos e várias vozes. Fruto de alguns anos de pesquisa¹ que envolveram os Departamentos de Ciências Sociais e Ciência da Religião da UFJF, tivemos como preocupação buscarmos as trajetórias terapêuticas dos usuários da Estratégia de Saúde da Família. No fazer etnográfico encontramos diversos caminhos de vida percorridos por nossos agentes. Muitas passagens por diversas religiões e também mudanças nas trajetórias profissionais daqueles que integram as equipes de saúde. Sob a coordenação dos Professores Doutores Octávio Bonet e Fátima Tavares, fomos levados a uma antropologia que preza o enunciado e suas manifestações. Preocupávamos-nos não só com as falas, mas a expressividade do corpo e das emoções era sempre tomada como algo a dizer.

Em quatro anos de pesquisa percorremos diversas Unidades Básicas de Saúde, acompanhamos agentes comunitários nas visitas domiciliares, conversamos com profissionais e usuários, participamos de diversos grupos educativos, presenciamos reuniões de equipe, entrevistamos membros da secretaria de saúde e participamos de um curso introdutório para os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Este curso teve a duração de dois meses e foi no espaço deste trabalho de campo, realizado entre os meses de maio e junho de 2006, que me coloquei a pensar sobre os significados dados à ESF e suas ações.

¹ Foram ao todo quatro anos de pesquisa desenvolvidos em dois projetos, “Experiências Terapêuticas no âmbito do Programa Saúde da Família em Juiz de Fora – MG” e “Territorialização e Redes na Sociedade Contemporânea: Religião, Cura e Política no Espaço Público”

Durante todo o curso ouviam-se as palavras “sensibilizar” e “humanizar”, ouvia-se que os profissionais deveriam se sensibilizar com o usuário, ou que o tratamento e a relação com o usuário deveria ser humanizado. Mas como entender esse “sensibilizar” e esse “humanizar” não era explicitado propriamente. Seus significados e atribuições não eram ditos, assim como os seus porquês. Aliado a isso, estava à ausência de como se daria na prática essas novas características do *cuidado*. Somente algum tempo depois do término do curso tive a oportunidade de conversar com a facilitadora sobre o que seria a “sensibilização com o outro”.

Sensibilizar é uma metáfora para o cuidado. Tudo o que antes não era considerado pelos agentes de saúde passa a ser importante para o conhecimento do outro. O corpo biológico da biomedicina clássica é sucedido pelo corpo que interage na relação, pelo corpo dotado de emoções e conflitos que constrói o saber junto aos profissionais. Tal termo é uma ferramenta para mobilizar internamente os diferentes agentes, envoltos no sistema público de saúde, no acompanhamento dos usuários. A categoria “humanizar”, e seu desdobramento figurado no termo “sensibilizar”, consiste na troca de saberes entre os sujeitos durante o momento relacional.

Ao buscar o que seria a metáfora para o *cuidado*, ou a “sensibilização com o outro”, entre os profissionais de saúde obtive variadas respostas, o que também aconteceu quando me pus a conversar com os usuários. Assim pude perceber que a prática cotidiana dentro das UBS’s iria muito além do discurso do Humaniza SUS. A procura pela “sensibilidade” sugerida pela facilitadora me levou a pensar em uma aproximação entre o fazer antropológico e a prática de uma medicina totalizante. Ambos, o antropólogo e o profissional de saúde, realizam a observação participante. E, até poderia dizer, que realizam uma “participação observante” quando se deparam com as doenças sociais e o aspecto emotivo transparece durante o encontro. Enquanto eu estava ali, participando dos grupos, visitando as famílias com os agentes comunitários de saúde (ACS) e me deixando seduzir pelo campo, os profissionais acompanham a vida cotidiana dos usuários da Estratégia de Saúde da Família. A presença dos profissionais na rotina das famílias é também uma observação participante, ainda que não possa ser tida como um recurso metodológico para a medicina como o é para a antropologia.

Faço essa aproximação quando penso na noção de afeto de Favret-Saada (2005). O afeto, para a autora, não seria uma construção cultural e uma representação, mas um deixar-se afetar pelo enunciado nativo como uma verdade. Uma verdade que

interliga razão e emoção. Sua crítica reside na “verdade científica” do pesquisador que não experimenta por sua própria conta os efeitos reais de uma rede particular de comunicação humana, no caso de sua pesquisa a feitiçaria. Nesses termos, a prática de uma medicina holística se assemelha ao antropólogo em campo preocupado com a experiência nativa. Para a Estratégia de Saúde da Família a doença não se restringe a um mal biológico, mas perpassa os problemas diários enfrentados pelos usuários.

O vínculo entre profissionais e famílias é o que possibilita a apreensão do que se considera doença social. Os problemas relacionados à vida, as más condições de moradia, higiene, alimentação, são exemplos da ausência de saúde encontrados na rotina dos profissionais. A ESF se diferencia de uma medicina extritamente biomédica porque enfoca a saúde e sua ausência, indo além do simples corpo biológico. O corpo é um corpo social em contato com o mundo, com suas redes de relações e suas trajetórias particulares. Cada agente é um corpo único e não mais um corpo somente como um organismo.

Com essa nova abordagem da medicina o conhecimento sobre o outro é o principal instrumento para a prevenção e para a busca da saúde. Entretanto, quando estive em campo percebia com frequência que se diziam coisas distintas sobre o trabalho na ESF. Por várias vezes no curso introdutório os profissionais davam vários significados às ações preconizadas pela ESF, houve um caso de um médico que deixou o curso por não concordar que a doença não era apenas uma doença biológica. Em outras ocasiões percebia olhares diferentes sobre os significados das ações entre os usuários. E foi na confluência de tantos significados que me deixei afetar pelo que ouvia e sentia na prática etnográfica. Ao perceber o anseio dos profissionais entre o saber biomédico e o cotidiano que escapava a esse saber, e por outro lado, os usuários envolvidos em várias redes que não só aquela descrita pela Unidade Básica de Saúde, me coloquei a pensar numa forma maneira de agrupar todos os significados que me davam.

O conflito vivido por eles, a meus olhos, tornou-se uma inquietação para mim, ainda mais forte quando uma usuária se referiu a um grupo educativo para hipertensos como uma consulta coletiva, embora dias antes sua médica, ao nos comunicar sobre esse mesmo grupo, nos disse que se referia a um grupo de qualidade de vida para os portadores de hipertensão arterial. Os vários significados escutados em campo eram um dilema que eu precisava organizar. Minha saída foi olhá-los não em separado, mas tentar uma ligação entre eles, e a ligação se daria no próprio momento do encontro entre profissionais e usuários. Para isso escolhi as visitas domiciliares e os

grupos educativos e passei a vê-los como um momento ritual. Ambos têm uma convencionalidade, um tempo determinado para acontecer e são vistos como ações importantes para a própria Estratégia de Saúde da Família.

Os distintos significados dados para essas ações foram o meu material de trabalho nesta dissertação. Quando pensei em considerar as práticas da ESF como práticas ritualizadas, portanto uma ficção, quis percebê-las como um evento tendo seu prolongamento entre o passado e o presente. Sahlins (1990) nos diz que os eventos são acontecimentos de significância com um dado sistema simbólico, e que a ele é dado uma interpretação de acordo com os projetos pessoais de cada participante. Aqui podemos tomar o paradigma do *embodiment* (CSORDAS, 2002a) para apreendermos não a origem das interpretações, mas por onde elas passam e que caminhos percorrem os sujeitos para dar aquela significância ao momento.

Para amparar minha análise sobre as visitas domiciliares e os grupos educativos como rituais utilizo os autores Victor Turner (1974, 2005), Edmund Leach (1995), Stanley Tambiah (1985a, 1985b) e Renato Rosaldo (1989). O primeiro nos traz o estado liminar no momento ritual. O conflito presente nas relações cotidianas traz desequilíbrio ao social, sendo preciso o ritual como um reestruturador da ordem, através dos comportamentos formais em que expressam simbolicamente os problemas estruturais da sociedade. Os ritos, assim, traduzem o sistema de significados operado durante as relações no que Turner (1985) chama de “drama social”. As visitas e os grupos educativos assumem a característica de “dramas sociais” neste trabalho. São dramas porque o conflito, existente a meus olhos, entre o saber biomédico e a medicina totalizante da ESF, coloca uma representação de papéis que envolvem usuários e profissionais diante da mudança de paradigma que acompanha o Humaniza SUS.

Em muitas conversas os profissionais me indicavam sua angústia frente a obstáculos que seu saber técnico não conseguia resolver. A doença social escapa ao saber biomédico e traz um desequilíbrio às ações de promoção a saúde, e, é aqui, que meu argumento reside. A tensão estruturante (BONET, 2004) entre biomedicina e a medicina holista, no caso específico da ESF, traz o problema do sujeito como um ser totalizante. Como a prática do cuidado dentro das Unidades Básicas de Saúde não se restringe a um saber biomédico é preciso ações que direcionem os agentes nas tarefas diárias, entretanto o processo de mudança é uma constante entre as sociedades.

A mudança como um estado permanente, afeta a construção dos significados e das interpretações sobre os eventos. Leach, (1995) se apropriando do que

Weber denominou de “tipos ideais”, faz sua análise sobre a organização social. Para o autor, as sociedades embora sejam estudadas como se fossem sistemas em equilíbrio devem ser vistas como um processo de mudança estável. O ritual representaria uma versão ideal da estrutura social. Ao levar a ideia de mudança para a ESF trabalho a noção de território enquanto um espaço de ação. Todas as Unidades Básicas de Saúde são responsáveis por uma área específica, esse processo recebe o nome de territorialização. Entretanto percebemos a criação de novos espaços e novas redes de relacionamento que fogem a territorialização formulada pela ESF, e mais uma vez as visitas domiciliares e os grupos educativos são os instrumentos reestruturadores da antiestrutura imposta pela nova prática do cuidado preconizada pela ESF. A territorialização ao encontro do processo de mudança social sofre a desterritorialização do próprio território e, também, a desterritorialização de normas, regras, valores, saberes...

Diante do campo de ação e das relações sociais as categorias são reformuladas, recriadas, reinventadas e expandidas, e o aspecto comunicativo pode nos auxiliar na apreensão do processo de mudança social. Como disse, o ritual enquanto um evento estrutura-se quando lhe damos um significado. O enunciado torna-se o principal recurso para a análise ritual. Tambiah (1985) nos diz que apenas o conjunto de atos é observado pelos pesquisadores durante o momento ritual, mas que o aspecto discursivo possui uma característica de ser uma realidade histórica que abrange tanto a nossa subjetividade como as relações que estabelecemos com o mundo. Portanto ritual e discurso não são categorias indiferenciadas, e o discurso pode interferir no significado do ritual para aquele que o vive.

No campo de ação da ESF a linguagem, vista pelo sistema de saúde como uma tecnologia leve, é o campo estratégico para a prática do cuidado. É o diálogo entre profissionais e usuários que possibilita um maior vínculo e um saber relacionado ao outro. Como o “fator humano” é priorizado na rede de atenção básica, na qual inclui-se a ESF, a linguagem torna-se minha principal preocupação na análise das visitas domiciliares e dos grupos educativos. Tambiah nos coloca a ligação entre ritual e discurso para pensarmos que as palavras ditas têm algo a nos dizer, e neste sentindo, preocupei-me não só com “o que eles fazem”, mas também “sobre o que dizem que fazem”.

Quando me referi acima sobre a escrita deste trabalho por diversas mãos e várias vozes, não se tratava apenas daqueles que compunham a equipe de pesquisa, mas

envolvia também os agentes que acompanhamos e entrevistamos ao longo dos anos. Os enunciados nos indicavam algo além de uma simples fala, eles estavam nos mostrando uma esfera do sentir encoberta pelo jogo de uma rotina de ordem. As emoções acompanham as ações diárias e rotineiras, mas as esquecemos em nossas análises sobre o campo e seus sujeitos. As questões sociais e profissionais experimentadas pelos agentes nos indicam uma ligação sem rupturas entre os mais diferentes eventos e sentimentos. Assim, também vemos o ritual envolto ao cotidiano, a suas práticas e a suas emoções. A ruptura está posta por “nós” e não por “eles”.

Rosaldo (1989) traz em sua análise ritual a esfera do sentir, compreendendo-o como um processo em aberto. As experiências e os sentimentos encontram-se nas ações realizadas e vividas pelos agentes e a heterogeneidade de significados, dadas a essas ações, são apreendidas quando as redes de relacionamento são consideradas pelo pesquisador, ou pelo profissional de saúde aos olhos deste trabalho. O objetivismo da prática científica obscurece a esfera do sentimento tanto no campo antropológico como no campo biomédico. E meu argumento parte de um cuidado com que o outro tem a nos dizer sobre suas próprias motivações, o que nos tem a dizer sobre o que a ação significa.

Como objetivo deste trabalho desejo demonstrar os vários significados dados pelos usuários e profissionais da Estratégia de Saúde da Família sobre o que seriam as visitas domiciliares, os grupos educativos e ainda as concepções de saúde e doença, e a prática médica dentro das Unidades Básicas de Saúde. Pretendo com isso proporcionar ao leitor novas possibilidades para se compreender a ESF e suas ações. Disse acima que a aproximação entre teoria sobre rituais e as práticas das visitas domiciliares e dos grupos educativos foi um recurso analítico que escolhi, em nenhum momento ouvi tal comparação quando estive em campo.

A humanização do atendimento e a Estratégia de Saúde da Família são discutidas na seção 2, **A Estratégia de Saúde da Família e o conceito *Humanizar***. Neste momento, anseio demonstrar ao leitor a objetividade da prática biomédica e a subjetividade da medicina totalizante, também me debruço sobre os documentos do Humaniza SUS para assinalar a importância do “fator humano” e da linguagem nas relações estabelecidas entre profissionais e usuários. Por fim descrevo o processo de regulamentação da ESF em Juiz de Fora – MG, e algumas práticas realizadas pelas Unidades Básicas de Saúde.

Acreditando no trabalho científico e antropológico, no caso específico desta dissertação, como uma construção fictícia do próprio pesquisador (Clifford, 2002) me

coloquei como necessidade informar aos interlocutores desse texto a liberdade de minha análise. Na seção três, **Por uma liberdade de análise: a ficção do trabalho antropológico**, procuro demonstrar que a antropologia “feita em casa” pode nos render muitas descobertas e que o familiar é também estranho. Posteriormente a ideia de tomar as práticas da ESF numa confluência com a noção de ritual é debatida para chegarmos a uma discussão entre corpo e cultura na construção dos significados.

Já na seção quatro, **O Ritual como estruturador da antiestrutura: entre a prática e teoria**, faço uma mescla entre os autores Victor Turner, Edmund Leach, Stanley Tambiah e Renato Rosaldo, descritos acima, e os dados coletados em campo. Preocupo-me com o que fazem e o que dizem que fazem em minha análise fictícia sobre o ritual. Perpasso nesse momento as teorias escritas pelos autores citados para pensar em como compreender o que “eles” me diziam enquanto eu estava “lá”.

Por fim concluo minha dissertação, sob o subtítulo de **Trajetórias que significam: o “mal-entendido produtivo”**, numa tentativa de demonstrar que as visitas domiciliares e os grupos educativos podem ser vistos como um dispositivo de controle em termos foucaultianos (FOUCAULT, 1987, 1996). Também procuro uma interseção entre os vários discursos, as várias vozes e os vários significados no que Velho (1997) chamou de “mal-entendido produtivo”.

2 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O CONCEITO HUMANIZAR

A “pessoa” é mais do que um elemento de organização, mais do que um nome ou o direito a um personagem e a uma máscara ritual, ela é um fato fundamental de direito. (Marcel Mauss, Sociologia e Antropologia)

2.1 Entre o velho e novo: a objetividade e a subjetividade nas concepções de saúde e doença

A biomedicina, em seu caráter científico, concebe o paciente como aquele que porta o corpo doente. Sua objetividade positivista impõe uma neutralidade e uma exterioridade ao seu objeto de estudo. O doente não é o enfoque aqui, mas sua doença, seu corpo apenas é o reservatório dessa doença que precisa ser compreendida enquanto uma doença. Tudo que diga respeito ao sujeito/pessoa é relegado em vista do ser biológico único.

Mas, sob o ponto de vista do pensamento antropológico, o corpo nos impõe um questionamento sobre a realidade histórica e a realidade vivida expressas no corpo, um reservatório de signos que traduzem costumes, valores, instituições, culturalmente imbricados no bojo social. Como nos disse Marcel Mauss, “o corpo é o primeiro e o mais natural instrumento do homem” (2005, p. 407), nele que estão expostos todas as aprendizagens do homem, sejam elas pré reflexivas ou reflexivas – embora estas também tenham um caráter pré reflexivo. Tudo que é apreendido pelo sujeito em suas experiências, é apreendido pelo corpo enquanto um instrumento técnico do homem. As ações reflexivas são primeiramente pré reflexivas porque são “encorporadas” (CSORDAS, 2002a) pelo sujeito em sua trajetória singular, somente após a experiência ele as atribui um significado em consonância com suas experiências passadas.

Os significados são corporificados na pessoa e na relação que esta estabelece com o meio através de percepções experimentadas rotineiramente. A maneira de estar no mundo é a própria “corporificação” das experiências vividas e sentidas, desenhadas no corpo, *locus* da representação social. É a expressão do corpo que nos faz identificar *a priori* o sentimento de pertença de uma pessoa a um grupo, assim como a linguagem utilizada para descrever sensações, pensamentos e fatos da vida cotidiana.

O corpo enquanto depositário de apreensões do mundo vivido pode ser tomado como um “suporte de signos” (Ferreira, 2005: 102), gerador de significação e sentido. Tais signos quando conhecidos e reconhecidos, atestam a compreensão dos fenômenos ali encontrados. Todos os estímulos sentidos são imediatamente postos em contato com a cultura competida ao sujeito, ele os culturaliza para torná-los inteligíveis aos outros sujeitos e a si próprio. A experiência esta carregada de simbolismo. Para Sahlins (1990, p. 184)

[...] cada esquema cultural particular cria as possibilidades de referência material para pessoas de uma dada sociedade, enquanto esse esquema é constituído sobre distinções de princípios entre signos que, em relação aos objetos, nunca são as únicas distinções possíveis.

Em consonância com o pensamento social-antropológico acima exposto, a medicina, desde a década de noventa, vêm reformulando seu olhar sobre as relações que envolvem profissionais de saúde e pacientes. Ambos podem ser concebidos, agora, como agentes que interagem na construção do saber, por estarem ambos envolvidos no caráter social da cultura. As concepções de saúde e doença são construções sociais formuladas pelas diferentes sociedades, e pelas diferentes formas de “estar no mundo”. Neste sentido, o trabalho da área médica vê-se intimamente ligado ao conhecimento existente no meio ao qual atua.

[...] cosas como los signos y los síntomas de una enfermedad, tanto como la técnica de la curación, no son 'cosas en sí mismas', no son sólo biológicas y físicas, sino que son, también, signos de relaciones sociales disfrazadas como cosas naturales, ocultando sus orígenes en la reciprocidad humana (TAUSSIG, 1995, p. 110).

Tomemos um exemplo dado por Ferreira (2005, p. 102), em que descreve o relato de uma informante sobre sua dor. Ela a descreve como uma pontada no peito, semelhante a uma facada. Para a referida autora, a metáfora usada pela sua informante tem total sentido dentro do contexto por ela vivido. Moradora de uma vila de classe popular, sua informante emprega um termo (facada) que implica agressão por experimentar um cotidiano violento em sua área de moradia. A dor por ela sentida é logo associada a uma agressão gerada pela violência existente em sua rotina. Esse fato não sendo conhecido pelo médico, por exemplo, poderia levar a um equívoco no diagnóstico da doença.

Outro exemplo nos é dado por Bonet (2006). Uma paciente se queixa de seu estado a sua médica. Após as injeções as dores continuam, o cansaço sentido pela paciente é muito grande, há também sua vontade muito forte de sair do "morro". Por outro lado, ao iniciar a consulta, a médica reclama sobre o sumiço da paciente, que a responde que estava bebendo para morrer. Muitos exames foram inicialmente requisitados pela médica, que após o choro da paciente mudou a interação da consulta. Seu problema era uma alergia agravada pelo estado emocional que vivenciava.

Esses exemplos podem exprimir com clareza aquilo que desejo salientar nesse momento. Aceita a idéia de que as noções de saúde e de doença são construções sociais, e que nós pensamos nossas experiências de acordo com a simbologia presente no meio social, podemos assim, argumentar sobre dois pontos fundamentais do trabalho em saúde: o sintoma e o sinal. O primeiro pertence ao doente/pessoa, é sua subjetividade expressa em sensações experimentadas. A manifestação dessas sensações é feita por meio do contato. O segundo ponto é a manifestação objetiva da doença, aqui, esta se torna visível aos olhos dos outros sujeitos da interação. O sujeito em um primeiro momento sente, logo depois identifica sua sensação, para daí expressá-la de forma inteligível ao outros que o compreendem por também estarem envolvidos nas mesmas redes de significado. Essa problematização sobre sintomas e sinais é melhor expressa por Ferreira (1995, p. 93)

[...] o corpo doente porta significados sociais, à medida em que sensações corporais experimentadas pelos indivíduos e as interpretações médicas dadas a estas sensações são feitas de acordo com referenciais específicos a estes dois pólos. A capacidade está ligada a uma interpretação que procura determinada significação. Esta interpretação está na dependência direta da representação de corpo e de doença vigente em cada grupo.

Nos casos relatados acima, o conhecimento sobre o cotidiano das informantes demonstra a dor associada à tristeza e ao sofrimento em ambas. A mulher cuja dor é associada a uma facada, associa sua própria dor à violência por ela presenciada todos os dias, enquanto a segunda associa os sintomas de sua alergia ao seu descontentamento com sua vida cotidiana. O conhecimento prévio dessas duas condições auxilia o diagnóstico da existência ou da ausência da doença. Um primeiro olhar sobre esses casos pode indicar a presença de uma doença real, mas um olhar mais apurado também pode indicar uma ausência de saúde, no sentido do bem-estar, na vida

dessas mulheres. A dor nesses dois casos representa o sofrimento vivido por essas mulheres.

2.2 A Estratégia de Saúde da Família

O Programa Saúde da Família (PSF)² surge, em 1994, como uma estratégia para a medicina comunitária e preventiva enfocando, através da territorialização, um número restrito de pessoas no cotidiano das Unidades Básicas de Saúde (UBS's). Este Programa consiste em priorizar o atendimento na atenção primária, mobilizando ações de promoção à saúde e qualidade de vida em detrimento à medicina tradicional de caráter curativo e profilático. É um modelo substitutivo da rede básica tradicional, de cobertura universal, com o compromisso de assumir o desafio do princípio da equidade.

Seu trabalho utiliza recursos multidisciplinares nas equipes de saúde - médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde, e em alguns casos, odontólogos, fisioterapeutas e assistentes sociais – que visam um vínculo de cuidado integral aos usuários do sistema.

Dessa maneira, a ESF elabora uma nova abordagem para o sistema de saúde, a cura dá lugar à promoção e à prevenção, o trabalho do profissional especialista é substituído pelo trabalho em equipe, atuando em uma territorialidade definida. Cada equipe de saúde é responsável por um vínculo de cuidado com a comunidade assistida. Essa territorialização da ESF permite um maior conhecimento sobre a área, sobre seus moradores e seus costumes, possibilitando a intervenção com vistas a uma melhor qualidade de vida, à medida que os profissionais mantêm uma ligação direta com a comunidade, mediando ações que influem nos hábitos familiares.

A territorialização, feita inicialmente sobre as áreas de risco consideradas pelo mapa da fome, foi uma das medidas com vistas a configurar dois dispositivos: "um dispositivo de acolhimento, no sentido de favorecer o acesso aos serviços; e um dispositivo de dominação, através do qual os profissionais tentam regular as disposições corporais e emocionais dos usuários" (BONET; TAVARES 2006, p. 64). A ESF ao propor uma nova lógica no atendimento, alia o trabalho em equipe às áreas adscritas que

²Hoje chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF) devido à reivindicações feitas pelos profissionais que atuam nas unidades de saúde pertencentes a esse modelo de atenção primária. Para esses, a palavra programa trazia uma idéia de “data de validade”, eles entendiam que a qualquer momento o governo poderia acabar com o PSF por este ser um programa, e não uma estratégia do SUS.

passam a ser conhecidas pelos profissionais. A população de cada área é conhecida pelos profissionais responsáveis por essas mesmas áreas.

Segundo Bonet (2006a, p. 5):

Esa territorialización “oficial” intenta crear una red estructurada, en donde todas las familias, domicilios, calles tienen su lugar; donde todos los usuarios que tienen alguna enfermedad crónica tendrán o su visita, o su día de reunión en el centro de salud en donde tendrán su presión, su diabetes controlada, etc.

Nas diversas entrevistas feitas com os profissionais da ESF, podemos notar dois tipos de construção da territorialização. Uma primeira seria aquela que não configura a divisão já existente nas áreas, e a segunda refere-se à construção do território de cada equipe em conjunto com os moradores dos bairros. No primeiro caso o espaço é visto como um espaço liso, sem estriamentos que correspondem às manifestações simbólicas das diversas áreas (BONET; TAVARES 2006, p. 66-67), já a segunda construção respeita as populações em suas diferenças e semelhanças.

Disto, percebemos que a relação entre equipe de saúde e usuários é permeada por saberes constituídos *a priori*. A equipe apreende os saberes locais, percebe o significado da corporeidade dos pacientes e estes incorporam os saberes médicos com instrumentos próprios à vida cotidiana. Mas entre a equipe e a comunidade está o agente comunitário de saúde, que faz parte de ambos os universos, visto que atua no trabalho de prevenção junto à equipe e ao mesmo tempo reside na comunidade, sendo um elo de saberes para a eficácia da Estratégia. O agente comunitário transita entre o habitus médico e o habitus local, fazendo a ponte entre UBS e as redes relacionais existentes na localidade. Seu papel é de mediador, facilitador e preceptor das relações que permeiam a ESF.

Ainda para Bonet (2006a, p. 5), os agentes comunitários de saúde são os agentes de territorialização do programa ao realizarem suas atividades fora da unidade de saúde. Através deles é que o contato entre o programa oficial de saúde e a comunidade é estabelecido. Como já mencionado, os agentes possuem uma posição intermediária entre equipe e comunidade, eles respondem por dois diferentes tipos de territorialidade, representada pela rede oficial do programa, e pela intersticial, delimitada pela comunidade. Seu trabalho é além dos muros das unidades básicas de saúde.

Más allá de la necesidad de los usuarios, esa red se mantiene por instauración de dispositivos de control, que transforman el derecho a la salud en un sistema de prestaciones. (BONET, 2006a, p.5)

Outro olhar sobre os agentes comunitários de saúde nos é dado por uma assistente social da ESF:

[...] hoje eu penso e repenso isso... eu acho que o agente comunitário devia morar fora do seu bairro, por que qual era o argumento pra ele morar no próprio bairro?, eles tinham o conhecimento da realidade, eles eram um vínculo... não é isso gente... o cara toma um porre lá e na semana seguinte o agente comunitário tá na boca do povo, o povo depois como que os meninos vão trabalhar no bairro deles se nego já viu eles bebendo em não sei onde, entendeu? A privacidade do agente fica estampada ali o tempo todo. [...] E mistura a vida pessoal com a vida profissional... uma coisa tão séria que eu, na relação custo/benefício, eu acho que a prefeitura ganhava mais se fizesse uns vales transportes para esse pessoal. Entendeu? Porque acaba que o conhecimento que ele tem não é tão grande assim, porque quando ele entra, ele tá como morador e depois começa a se ver como profissional... é outro olhar. Então eu acho que não é tanto assim. E essa coisa de que vai facilitar... até que ponto facilita... hoje eu tenho dúvida. Não cria uma coisa muito profissional [Entrevista com Rita (nome fictício) realizada em 05/07/2006].

A discussão sobre os agentes comunitários e suas características particulares de trabalho, são ainda muito freqüentes³. A obrigatoriedade de residir na área de trabalho levanta muitos debates sobre a eficácia ou não do programa. Pude comprovar que não são todas as cidades brasileiras que seguem tal regulamentação. Em uma cidade mineira, o concurso para o cargo de agente comunitário de saúde não exigia residência na área de abrangência da UBS. Entre todos os aprovados, não havia quem morasse na territorialidade definida pelo programa. Há também muitas queixas dos próprios agentes que se sentem invadidos em sua privacidade.

2.3 O conceito *Humanizar*: uma nova cultura de atendimento

O conceito *Humanizar* vem constantemente sendo empregado no campo da saúde. Muito se disse sobre o trabalho humanizado com crianças, com mulheres grávidas e com pacientes de hospitais. A legitimação de tal discurso ocorreu em maio de

³ Bezerra *et al* (2005); Kluthcovsky *et al* (2006, 2007); Levy *et al* (2004); Nunes *et al* (2002).

2000, com o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), em uma regulamentação do Ministério da Saúde, juntamente com a inclusão do conceito na pauta da 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro do mesmo ano.

De acordo com PNHAH, uma nova cultura do atendimento à saúde seria promovida. As relações entre profissionais, entre profissionais e usuários e entre hospital e comunidade, deveriam ser aprimoradas com vistas à melhoria da qualidade e da eficácia dos serviços prestados pelas instituições de saúde no Brasil (BRASIL, 2000, 2000a). Hoje, esse Programa foi substituído por uma perspectiva duradoura, transversal, na qual idéia de fim a que o termo programa nos remete não cabe mais. Desse modo, constituiu-se uma política de assistência, intitulada “Humaniza SUS”, e não mais um programa específico do Ministério da Saúde.

A “humanização da assistência” traduz uma diretriz de trabalho de uma parcela dos profissionais ligados à saúde. Por falta de clareza do que realmente venha a ser, o aporte teórico-prático é negligenciado, ou simplesmente não há⁴. Muitas críticas são feitas em nome do estranhamento face ao conceito humanizar. O que significa humanizar? Será que o trabalho não era realizado por humanos e para humanos? Será que o trabalho era desumanizado? Já me deparei com críticas que tomavam a forma de suspeita: será que não é uma estratégia política para “falar bonito” e ganhar a eleição?

Sem nos prolongarmos em tais questões, o conceito “humanizar” é posto no discurso dos técnicos da saúde como uma forma de assistência à saúde que valoriza uma qualidade no *cuidado* com o outro. O ponto chave para a noção de “humanização no atendimento” é o reconhecimento do outro enquanto uma pessoa dotada de subjetividade e de emoções, capaz de interagir com o profissional de saúde e de auxiliá-lo em suas iniciativas para a promoção da qualidade de vida⁵. A relação dialógica entre

⁴ Pude perceber em uma etnografia que realizei num curso para os profissionais da saúde ligados ao PSF, ou ESF, que muito se disse sobre “humanizar o atendimento”, “sensibilizar com o outro”, mas nada foi entregue para os participantes que expressasse com clareza o que seriam tais conceitos. Apenas algumas dinâmicas representavam a nova forma de cuidado. Essas questões esboçarei melhor adiante.

⁵ Nesse aspecto vejamos o relato de uma médica sobre sua experiência de conversa com os usuários. “[...] e outra coisa que tem diminuído o uso de remédio controlado, agente ta conseguindo diminuir, só essa semana já foram cinco casos, dois que eu evitei de passar conversando com o paciente. Eles chegam aqui e acham que qualquer problema, de qualquer natureza, acha que o remédio resolve, então brigou com o namorado eu quero um Disepan, teve uma discussão com a sogra eu quero um remédio pra depressão e todos os problemas de qualquer nível eles acham que só trata com remédio... então a gente tem conseguido, pegamos cinco casos essa semana, dois eu expliquei das conseqüências do uso, da dependência química né, que o uso existe é bom, mas pra casos determinados, dois já conseguiram evitar de usar, e três já relataram melhora da depressão e já não estão usando os remédios estão procurando alternativas, tipo de algum tipo de lazer, melhora na qualidade de vida, melhorar o relacionamento em si não achar que tudo é medicalizado, eu já fiquei feliz da vida, é pouco em termos

profissionais e entre esses e usuários é valorizada no respeito que tal relação implica para o conhecimento do outro. Esse conjunto de iniciativas põe em foco antigas demandas na área da saúde: a democratização das relações que envolvem o atendimento, o maior diálogo e uma melhor comunicação entre profissionais e pacientes e o reconhecimento de ambos como sujeitos do processo terapêutico (DESLANDES, 2004, p. 8).

Uma enfermeira nos relata o que ela chama de “auto acolhimento” para a equipe de profissionais. Várias atividades são realizadas para incentivar e manter a proximidade entre médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

É um trabalho de interrelacionamento mesmo. Mais humano, de relacionamento, de acolhimento, de uns para os outros mesmo. A gente tem a proposta de acolhimento para que o trabalho fique acolhedor, no sentido mais amplo do processo de acolhimento para a comunidade. Mas para isso acontecer, nós temos que ter esse processo acontecendo entre a gente mesmo [Entrevista realizada com Judite (nome fictício), em 16/01/200].

A importância do bom relacionamento se expressa nas atividades de lazer fora da UBS, nos dias em que todos da equipe se juntam para fazer um almoço na Unidade Básica de Saúde, no alongamento realizado antes de cada dia de trabalho. Essas iniciativas são vistas pela enfermeira como formas de relacionamento que vão além das relações de trabalho e que podem propiciar um vínculo maior também entre profissionais e usuários.

O diagnóstico de insatisfação, parte inicial da argumentação encontrada no documento oficial do PNHAH, dos usuários referente ao Sistema Único de Saúde (SUS) foi o indicativo de que as relações eram deficitárias, e que eram preciso melhorá-las. Os cuidados feitos pelo serviço público de saúde eram precários e desrespeitam a dignidade dos usuários, chegando muitas vezes a ter contornos de violência tanto pelos profissionais, como pelos usuários que agrediam àqueles quando sentiam-se feridos em suas expectativas.

estatístico né, mas já é um bom início [Entrevista com Helaine (nome fictício) realizada em 20/05/2007].

Nesse quadro de violência física ou simbólica, o diálogo do atendimento humanizado se contrapõe às agressões do não reconhecimento do outro enquanto um sujeito dotado de direitos. A violência simbólica sofrida pelo usuário visto como um corpo orgânico sem subjetividade, é substituída por um modelo centrado em uma nova cultura de atendimento, tendo a comunicação e o diálogo como suas ferramentas.

A necessidade de melhora da qualidade dos serviços prestados é a segunda tônica do conceito “humanizar”. Uma associação técnica é feita a partir disso. A humanização tomada como uma capacidade de ofertar atendimento de qualidade aliado aos avanços tecnológicos encontrados na área da saúde, indica o binômio “tecnologia e fator humano e de relacionamento” (DESLANDES, 2004, p. 10). Podemos encontrar os mais avançados instrumentos tecnológicos a disposição dos profissionais, mas sem um *cuidado* mais personalizado e delicado por parte desses, o *cuidado* torna-se desumanizado. Ao passo que a ausência de tais instrumentos torna a relação conflituosa entre usuários e profissionais, desumanizando-a. Em ambas as ocorrências o campo do relacionamento mostra-se o mais importante para a eficácia do *cuidado*, o “fator humano” é o mais estratégico para uma nova prática do *cuidado*⁶.

[...] defende-se aqui que humanizar, para além das suas implicações para a formulação das políticas de saúde, para a gestão dos serviços, para a formação e supervisão técnica e ética dos profissionais, significa também transformar as ações assistenciais propriamente ditas. A estrutura própria do fazer em saúde também se reconstrói quando o norte é a humanização. Por isso, irá-se denominar Cuidado essa conformação humanizada do ato assistencial, distinguindo-a daquelas que, por razões diversas, não visam essa ampliação e flexibilização normativa na aplicação terapêutica das tecnociências da saúde. Assim, embora a categoria Cuidado, na filosofia heideggeriana, não diga respeito ao cuidar ou descuidar no sentido operativo do senso comum, e ainda menos numa perspectiva estritamente médica, adota-se aqui o termo Cuidado como designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde (AYRES, 2004, p. 22).

O debate encontrado no campo da saúde pública entre os meios tecnológicos e o “fator humano” não dissocia ambos em campos distintos. Muito pelo contrário, os coloca em um estreito vínculo. Como nos disse Ayres (2004, p. 19), o norte ético e

⁶ Hoje, segundo Teixeira (2005), percebe-se extensas redes de cuidados, também denominadas como “redes de trabalho afetivo”, que podem contribuir para novas formas de socialização e de relacionamento que enalteçam as ações de promoção à saúde e de qualidade de vida.

político da noção de humanização “é o compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como Bem comum.” Não podemos compreender os instrumentos tecnológicos somente enquanto máquinas ou equipamentos, eles também incluem o “fator humano”. “O que é preciso perceber, então, é que o importante para a humanização é justamente *a permeabilidade do técnico ao não técnico*, o diálogo entre essas dimensões interligadas” (AYRES, 2004, p. 22). O trabalho objetivo da tecnologia aliado ao trabalho subjetivo dos relacionamentos compõem o *cuidado* integral com o paciente. A escuta, o abraço, a conversa, as negociações, são tecnologias operadas pelos profissionais em suas relações com os usuários do SUS. A construção dos saberes e a incorporação de saberes alheios ocorrem através desses contatos mediados pelas tecnologias dos relacionamentos.

Um terceiro significado para o conceito “humanizar” refere-se ao cuidador e suas condições de trabalho. A humanização também seria a melhoria dessas condições de trabalho. A boa relação entre profissionais e usuários, apesar de ser crucial, não é somente o que fundamenta o cuidado enquanto uma nova forma de assistência. O discurso “humanizador” da saúde não se propõe a fazer uma substituição das condições estruturais de qualidade do atendimento. Vejamos a queixa de uma médica sobre as condições de trabalho.

[...] pacientes terminais que não tem chances mais de sair do tratamento, são pacientes problemas, porque se eles vão pro hospital eles ocupam as vagas e ocupam leitos e também gastos públicos e são casos que a gente sabe que não vai existir tratamento nenhuma melhora, então o quê que o hospital faz, ele dá alta pro paciente morrer em casa, só que em casa ele é um paciente que sente muita dor, tem que passar muita medicação controlada ele até precisaria de um receituário especial, são drogas que causam grande dependência química, então estes pacientes que vão pra casa Otávio, eles teriam que ter o que a gente chama, o que até bem pouco tempo atrás, uns dois ou três anos atrás existia em Juiz de Fora, que é a internação domiciliar, tinha um carro que fazia visitas todos os dias, tinha uma enfermeira que acompanhava, pra trocar soro, pra trocar medicação muito forte, e fazia este suporte diariamente, acabou com essa política toda, acabou pelo menos eu não atendo mais ouvido falar, este serviço de internação domiciliar; pegaram o paciente colocaram em casa e falaram assim: agora o posto é responsável por você, só que a gente não tem enfermagem pra ficar dando cobertura, a gente não tem acesso até a receituário especial pra passar drogas muito fortes pra estes pacientes, nós não temos exames mais urgentes, não podemos emitir guias pra internação, o que agente tem é um aparelhinho de pressão, o estetoscópio e a boa vontade, então a gente

faz uma visita social até muito mais que uma visita médica, porque a gente tem um grau de resolutividade muito baixo, e agente diz realmente diz a família: a gente não tem como acompanhar até tecnologicamente, em termos de recursos acompanhar este paciente, tem paciente que fica realmente jogado, porque não encaminham pro médico oncologista, pelo contrário o que a gente tem visto hoje em dia, é que o oncologista não tem pegado mais paciente terminal, eles jogam pro médico de família, então fica ali você pressionado pela família, não tendo um fim porque você não resolve muita coisa, mas enfim na mediada do possível foi bom o paciente que a gente teve, porque a gente acompanhou o paciente até praticamente na hora da morte[...][Entrevista com Helaine (nome fictício) realizada em 05/03/2007].

O que se propõe é uma intermediação entre condições estruturais e condições subjetivas. Nesse ideal, os próprios profissionais passam a ser cuidados, para que possam constituir equipes saudáveis.

Enfim, a conversa, a comunicação e a relação dialógica norteiam todos os sentidos atribuídos a “humanizar”. Desde os diferentes tipos de violência, passando pelas formas tecnológicas e relacionais, até as condições estruturais para o trabalho dos cuidadores, tudo é reflexo das interações, sejam elas face a face, ou sócio-comunitárias. O processo comunicacional é o lócus central da proposta de “humanização do atendimento”.

2.4 Linguagem como ação cuidadora

A necessidade de se respeitar o outro em sua subjetividade e dignidade é o norte de todo Programa de Humanização desenvolvido pelo Ministério da Saúde⁷. Tal Programa aponta o ser humano como um ser de linguagem, capaz de construir redes de significados que, quando compartilhados, configuram uma identidade cultural. A ausência de palavras afáveis em uma relação, seja ela entre profissionais ou entre esses e os usuários, introduz o arbítrio e a violência na interação. É através da linguagem que podemos, *a priori*, apreender os significados que o outro imprime a sua realidade. É ela que estabelece o primeiro contato para o conhecimento do outro. A linguagem

⁷ Para Ayres (2005, p. 550)

a humanização, como valor, aponta para a dimensão em que o cuidar da saúde implica reiterados encontros entre subjetividades socialmente conformadas, os quais vão, progressiva e simultaneamente, esclarecendo e (re)construindo não apenas as necessidades de saúde mas aquilo mesmo que se entende ser a Boa vida e o modo moralmente aceitável de buscá-la

representa o mundo por ela corroborado. Ao percebermos o tipo de linguagem corporal expressado pelo sujeito ou seu tipo de linguagem falada, podemos classificá-lo de acordo com nosso conhecimento de mundo, podemos identificá-lo como pertencente a esse ou aquele grupo e até mesmo, podemos compreender seus anseios e aspirações.

Assim, humanizar é aceitar a palavra do outro como aquela que expressa as emoções, sentimentos e aflições sentidas por esse outro. Humanizar é garantir a dignidade ética da palavra, é reconhecer o outro em sua subjetividade (BRASIL, 2000a). A comunicação não-verbal também é vista como expressão do humano em busca de ser compreendido. A observação dos modos corporais e dos modos comportamentais indica quem é o outro, seus anseios e expectativas.

A referência conceitual mais importante para a proposta de "humanização do atendimento" é a possibilidade comunicacional, a linguagem nesse contexto é pensada em seu uso para o consenso entre todas as partes. Mas o que o texto dessa proposta não releva é a impossibilidade de se realizar a comunicação tal qual desejada. Como nos atesta Deslandes (2004, p. 11), no jogo das interações sociais, as relações de saber-poder, de trabalho, de gênero e de status podem ser grandes impeditivos para o diálogo. A objetividade científica utilitarista, ou biomédica, em uso impossibilita relações mais personalizadas entre os sujeitos. Relações amparadas na tecnicidade do discurso biomédico reduzem a palavra enquanto aquela que somente informa o sintoma da doença, e não a vê como construtora do conhecimento junto ao profissional de saúde.

Nesse modelo racional médico-científico, questionado pelo Programa, a relação entre os saberes é vertical, assimétrica e desumanizadora. A fala do paciente é filtrada pelo profissional positivista, em busca da objetividade da doença. O corpo do paciente simplesmente carrega a doença que por si é independente do corpo. Outro fator relevante nesse contexto são os termos empregados para designar o estado do paciente. Os jargões médicos impedem uma maior aproximação entre profissionais e usuários do sistema, esses últimos são excluídos em sua ignorância sobre a técnica específica da saúde. Bonet (1999, p. 148) sustenta que:

A delimitação do 'profissional' e do 'humano', ou do saber e do sentir, como dois conjuntos de representações separadas, se manifesta em forma permanente nas práticas cotidianas do serviço. A biomedicina, baseada na construção dualista que derivou no que chamamos de tensão estruturante, para sua constituição como um campo de saber 'científico' dividiu três totalidades: o médico, o paciente e a relação entre eles. Deslocou para o subconsciente aqueles aspectos dessas

totalidades que não se encaixavam nesse discurso criado sobre o processo de saúde-doença.

Sob os alicerces da "humanização", a hermenêutica é o instrumento para o conhecimento do outro em uma "nova cultura de atendimento". Histórias, informações e sinais, contados pelos pacientes e seus familiares, são interpretados pelos cuidadores. A prática médica é uma prática de interpretação do corpo e suas expressões. Os diferentes significados dados aos símbolos culturais são assim desvendados pelos profissionais que conseguem compreender o paciente dentro de seu contexto.

A mudança querida pelo PNHAH refere-se à mudança na cultura do atendimento em saúde no Brasil. Precisamos uní-la à idéia de ordem para que realmente possa ser executada. Toda mudança requer uma mudança na ordem como as coisas são conduzidas. Nesse caso, são mudanças na ordem das relações sociais. A solidariedade e a alteridade são os norteadores das mudanças culturais da assistência que se deseja efetuar. O respeito ao outro em sua dignidade é condição para a humanização. Isso implica o conhecimento do outro em suas expectativas, representações e práticas cotidianas.

2.5 A Regulamentação do PSF, ou ESF, em Juiz de Fora – MG

Em Juiz de Fora, o PSF é regulamentado pelo Decreto nº. 5773 de 12 de novembro de 1996, embora, já existisse desde 1995, sendo uma das primeiras cidades a implantar o projeto. As primeiras Unidades de Saúde da Família foram escolhidas de acordo com critérios como: mapa da fome, que indicava a existência de aproximadamente 17.000 famílias abaixo da linha da pobreza em Juiz de Fora; mapa da cólera e levantamento situacional realizado em todo o município, que definiu áreas de risco para a disseminação da cólera e outras doenças hídricas; maior cobertura populacional; possibilidade de existência de uma Unidade Regional que desse suporte as UBS's da região e necessidade de agrupamento destas UBS's em uma mesma região da cidade para que se pudesse mensurar mais facilmente o impacto das ações de saúde realizadas; existência de um Conselho Local de Saúde que respondesse pela área de cobertura da UBS, assim como a manifestação da comunidade em ter como modelo o PSF em sua região e a existência de centros de apoio diagnóstico e terapêutico, de consultas especializadas e de leitos hospitalares que garantam à população o atendimento de qualidade.

As Unidades Básicas de Saúde são transformadas em Unidades de Saúde da Família, visando à resolução dos problemas de saúde e lidando com ações intersetoriais como educação, saneamento e meio ambiente, promovendo a qualidade de vida e intervindo nos fatores que a colocam em risco.

No ano de 1994 um grupo de profissionais de Juiz de Fora, profissionais esses contratados através do modelo tradicional de saúde, participou de um curso de especialização em Saúde da Família na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Era um grupo de mais ou menos quinze médicos e quinze enfermeiros. O curso teve a duração de seis meses. Em 1996 a Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) começou um curso de especialização para médicos de família. Assim, a composição das equipes foi se concretizando, a partir da capacitação dos profissionais de saúde, através de parcerias com a UFJF e UERJ. O Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde (NATES) da UFJF teve uma grande importância no desenvolvimento de ações em prol da capacitação de profissionais para atuarem no PSF, realizando treinamentos introdutórios, capacitação temática, além de oferta de cursos de especialização de Saúde da Família.

Em 1996 as equipes eram compostas de acordo com o critério populacional, sob o seguinte modo: por um médico, um enfermeiro, um assistente social, dois auxiliares de enfermagem e dois auxiliares de apoio. Diferente da formação das equipes em outros lugares não havia agente comunitário de saúde (ACS). Este profissional só entrou na equipe do PSF em 1999. Esta entrada tardia deveu-se a uma recusa do Conselho de Enfermagem em colocar os ACS na equipe. Este conselho alegava inviável a contratação destes profissionais já que havia em Juiz de Fora um número muito grande de auxiliares de enfermagem já capacitados para exercerem o que seria papel do ACS. Contudo a formação atual das equipes é de um médico, um assistente social, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico em enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde, correspondendo a cerca de 1000 profissionais na rede de atenção básica de saúde.

2.6 Uma breve descrição das práticas realizadas pela ESF nas UBS's

As Unidades Básicas de Saúde que implementaram a Estratégia de Saúde da Família realizam algumas ações comuns a todas. As visitas domiciliares, as visitas aos

acamados, os grupos educativos de hipertensão e diabetes, os grupos de puericultura e as reuniões entre os membros da equipe, constituem as mais frequentes delas.

Como já nos referimos acima, o agente comunitário de saúde (ACS) realiza seu trabalho além dos muros da UBS. É ele o responsável pelas visitas domiciliares realizadas mensalmente entre os usuários da ESF. Cada equipe de saúde possui em média de cinco a seis ACS's que se dividem entre as 3.500 pessoas cuidadas por cada equipe de saúde. Uma de suas funções é visitar cada família uma vez por mês, verificando as condições de higiene das casas, verificando se os usuários estão ou não tomando os medicamentos prescritos pelo médico, em alguns casos o ACS faz a marcação de consultas e em outros verifica o porquê do não comparecimento do usuário em sua consulta no posto de saúde. Como mora na área adscrita pela ESF o agente comunitário de saúde informa sua equipe sobre os problemas cotidianos sofridos pelas famílias de cada área, como desemprego, as condições de moradia e as condições alimentares. Ele é a principal mediação entre comunidade e UBS.

As visitas domiciliares, segundo o Ministério da Saúde, devem ocorrer uma vez por mês e é de responsabilidade dos ACS's. Somente em alguns casos as visitas são realizadas pelo enfermeiro, o auxiliar de enfermagem e até mesmo pelo médico de família. Isso ocorre, em sua maioria, quando os usuários não podem ir até a UBS e necessitam de um atendimento em sua moradia. As visitas aos acamados constituem práticas deste tipo e acontecem de acordo com as necessidades de cada usuário.

Em cada Unidade Básica de Saúde há o que a ESF denomina de grupos educativos, ou grupos de qualidade de vida. Tais grupos variam entre as UBS's. Os mais corriqueiros são os grupos de hipertensão, diabetes, puericultura e o grupo de gestantes. Embora as UBS's tenham em média três equipes de saúde responsáveis por toda a comunidade, cada equipe realiza seu próprio grupo. Geralmente acontecem uma vez por mês, mas há casos em que os grupos não se realizam devido à ausência dos usuários por motivos dos mais diversos, entre eles o horário, já que acontecem no período em que muitos estão no trabalho.

As UBS's variam muito em espaço físico, algumas são muito pequenas e não comportam o encontro dos grupos educativos, necessitando, assim, de um outro espaço para a realização dessas reuniões. Em sua maioria contam com o salão de alguma igreja local e até mesmo a casa de algum usuário que a disponibiliza. Também há casos de consulta que se dão fora do espaço físico da Unidade Básica de Saúde, por ser essa muito pequena e não comportar o total de equipes que a compõe.

O formato dos grupos varia de acordo com as finalidades específicas. Os grupos de hipertensão e diabetes se assemelham muito e inclusive, quase todos os participantes diagnosticados com pressão alta também o são com relação à diabetes. Em todos os grupos que observei havia a presença do médico de família, do enfermeiro e do auxiliar de enfermagem. Os participantes se sentavam em círculo e o médico fazia uma exposição sobre como os usuários deveriam proceder com a alimentação, à manutenção de um peso ideal e a administração dos medicamentos. Logo após o médico realizava a medição da pressão arterial de cada usuário e informava aos outros profissionais de saúde que anotavam nas fichas pessoais de cada usuário. Ao irem embora os usuários recebiam sua receita médica para levarem a UBS com a fim de receberem a medicação prescrita.

Já os grupos de puericultura têm como função acompanhar o desenvolvimento infantil, observando as taxas de desnutrição e o crescimento das crianças pertencentes à comunidade. Nesses grupos os cuidadores são responsáveis por levar as crianças para o acompanhamento da equipe de profissionais de saúde que fazem a distribuição de leite em pó. Somente as crianças que compareceram à reunião do mês anterior têm direito a receber o leite. Esse grupo tem encontrado uma grande dificuldade para ser realizado pois a prefeitura não está disponibilizando os pacotes de leite em pó a serem entregues aos cuidadores, assim estes, não levam as crianças para o acompanhamento mensal. Em algumas conversas com profissionais, este seria o principal motivo para a baixa frequência do grupo.

As reuniões mensais entre os membros de cada equipe de saúde também são recomendadas pela ESF. Em Juiz de Fora, a Secretaria Municipal de Saúde recomenda reuniões semanais, o que nem sempre acontece nas UBS's da cidade devido ao acúmulo de trabalho, segundo os profissionais. Nessas reuniões são discutidos os problemas específicos de cada área e as rotinas de cada profissional. Também é posto em pauta algumas necessidades de usuários em particular. Quando há alguma ação colocada pela secretaria de saúde, como vacinação de adultos e/ou crianças, a equipe elabora estratégias para sua execução. São nessas reuniões que a rotina da equipe é traçada e é aqui que todos conversam sobre suas impressões particulares sobre os usuários da ESF.

3 POR UMA LIBERDADE DE ANÁLISE: A FICÇÃO DO TRABALHO ANTROPOLÓGICO

Vivemos, agimos e reagimos
uns com os outros; mas sempre
e sob qualquer circunstâncias
existimos à sós.

(Aldous Huxley, As portas da percepção)

3.1 A prática etnográfica e suas várias vozes

A antropologia, uma ciência possibilitada pelo processo colonizador em todo o mundo, passou por profundas transformações ao longo de seu desenvolvimento. Hoje percebemos a importância de se localizar os sujeitos nas interações, observar a diferença de posições e não mais focar apenas um acontecimento, como um evento isolado. Sabemos que os eventos se entrecruzam, e é exatamente por isso que lhe damos significados. Tais significados são oriundos de nossas experiências no mundo, de nossas distintas vivências. Esse deslocamento no olhar antropológico implica que a experiência emocional dos sujeitos está intimamente vinculada a suas distintas posições assumidas na ampla gama de relações sociais.

O método da antropologia clássica não percebe esse jogo de posições que afeta o próprio observador. Este é revestido de um poder particular, um poder de dizer sobre os significados que o outro dá. É o pesquisador com todo seu aporte teórico que pode estruturar os sentimentos e as experiências “dos nativos”. Nessa perspectiva podemos citar Malinowski (1978). Seu método de “observação participante” estabeleceu um novo padrão para a pesquisa etnográfica, inaugurando uma nova fase na antropologia, a antropologia moderna, onde o etnógrafo desbravava o mundo selvagem não mais a partir de relatos de viajantes, mas na observação direta das “comunidades selvagens”. A atenção volta-se para o detalhe e para a importância de captar o ponto de vista do nativo. Todo fato, mesmo o mais insignificante, deveria ser registrado.

Dessa maneira, o etnógrafo vivendo entre os nativos, também vive como os nativos, sendo passível de um processo de “aculturação” onde se transforma em um instrumento de investigação que assimila as categorias inconscientes que regem o arranjo do universo cultural em questão. O experimentar e o sentir são o que preenche o

esqueleto das simples descrições básicas dos fatos íntimos, eles são a carne e o sangue da pesquisa etnográfica. Nesta situação, aquilo que não é refletido pelo nativo - o comportamento, os costumes e a tradição - é refletido pelo pesquisador que se volta para essa aprendizagem da tradição, apreendendo o “intrínseco da vida tribal”. A observação do comportamento concreto permite intuir e penetrar na atitude mental dos “nativos”, chegando aos “imponderáveis da vida real” - tudo aquilo que manipula inconscientemente a vida cotidiana.

Anos mais tarde temos novos questionamentos sobre a prática etnográfica. A autoridade do pesquisador sofre abalos quanto ao seu conteúdo cognitivo. Nesse campo podemos citar a antropologia hermenêutica que se debruçou por defender as várias camadas existentes nas interpretações dos fatos. O caráter totalizador dos conceitos trabalhados pela antropologia não são mais aceitos pelos cognitivistas. As idéias totalizantes não são cabíveis dentro da antropologia que prima pelo particularismo cultural, em um particularismo microscópico, onde o pesquisador está atento para as formas simbólicas e os significados refletidos nas ações dos atores sociais. As interpretações dos fatos são agora encardas como estruturas superpostas de inferências e implicações dadas a esses fatos à medida que são vistos e revistos.

Nessa corrente hermenêutica nos apoiamos no pensamento geertziano quando nos conduz ao que nomeia de “descrição densa” (GEERTZ, 1989, p. 5). A descrição densa é a compreensão de uma hierarquia estratificada de estruturas significantes que são produzidas, percebidas e interpretadas pelo homem em sua ação. As interpretações dos fatos são estruturas superpostas de inferências e implicações dadas a esses fatos à medida que são vistos e revistos. O contato com o outrem imprime ao etnógrafo a compreensão da cultura daquele, a normalidade é apreendida porque a lógica do processo é assimilada, mas a particularidade cultural permanece.

Os atos são orientados por sistemas simbólicos, e estes nos são apresentados através dos atos. As construções que imaginamos ser devidas ao cotidiano do pesquisado, influem em nossas descrições antropológicas, portanto, são interpretações que temos sobre interpretações dadas pelo próprio pesquisado. A análise científica penetra no corpo do objeto, obscurecendo a relação entre cultura como fato natural e a cultura como uma entidade teórica. “Nossas próprias interpretações do que pretendem nossos informantes, ou o que achamos que eles pretendem” (GEERTZ, 1989, p. 11), é o início de nosso trabalho, seguido pela sistematização destas interpretações.

Assim, os trabalhos antropológicos são interpretações de segunda e terceira mão, às vezes até mais. Somente o “nativo” realiza a interpretação em primeira mão. Os trabalhos são ficções, construídos e moldados de acordo com a imaginação de quem descreve, pois as interpretações daqueles que nos informam somente são apreendidas perante nossa própria maneira de pensar. A “cultura nativa” não somente é traduzida para o idioma antropológico, como também sofre uma interpretação a partir dos esquemas conceituais da disciplina. O objeto da antropologia não é um objeto inerte, não está lá; o objeto nasce da relação com o sujeito cognoscente com o objeto cognoscível e, portanto, ele é construído, e nesse sentido é uma ficção, e interpretado autonomamente pelo pesquisador. É estabelecida, assim, uma relação dialética entre sistema conceitual e os dados que nunca são puros, mas construídos⁸.

Mas, neste trabalho, não podemos nos restringir aos aspectos que envolvem apenas discussões sobre como fazer o trabalho de campo em sociedades que se mostram estranhas, a princípio. A etnografia é hoje feita, também em grandes centros, o próprio meio social do qual pertence o pesquisador. A clássica visão de familiarizar o estranho não cabe na antropologia urbana. Agora nos cabe estranhar o familiar. A posição se inverte, o pesquisador é também o pesquisado. Não que tal percepção deixasse de existir nos estudos de sociedades longinhas, já que sempre lidamos com a alteridade para nossa própria compreensão de mundo, mas agora a assumimos sem receios de sermos acusados de falsos cientistas.

Como nos atesta Velho (2005, p. 262), as sociedades urbanas se formam por diferentes estilos de vida, por diferentes formas de pensar e por indivíduos de categorias sociais distintas. “Os indivíduos vivem múltiplos papéis, em função dos diferentes planos em que se movem, que poderiam parecer incompatíveis sob o ponto de vista de uma ótica linear”. No contexto dessa complexidade das sociedades urbanas em que a multiplicidade de relações sociais é estabelecida, ao mesmo tempo em que a individualização é crescente, desacredito na premissa de estranhar o familiar. O familiar já é em si estranho. O distanciamento exigido na prática científica está presente na relação entre os sujeitos. Não pensamos, não sentimos e não experimentamos de igual

⁸ O historiador e antropólogo James Clifford (2002) aborda o poder da escrita nos trabalhos etnográficos a partir de críticas quanto ao conhecimento situado do pesquisador. A concepção da cultura como um todo integrado é questionada pelas vias do poder e da posição assumida na escrita do texto. Clifford rejeita a voz autoral não posicionada e a neutralidade do pesquisador para demonstrar as diversas formas de interpretação e escrita do trabalho etnográfico.

maneira. Há uma distância social e psicológica entre todos os agentes, se aceitamos o fato de uma rede social percorrida de diferentes maneiras por esses mesmos agentes.

Ainda revisitando Velho (1978, p. 39), este autor nos diz que

o que sempre vemos e encontramos pode ser familiar, mas não é necessariamente conhecido e o que não vemos e encontramos pode ser exótico, mas até certo ponto, conhecido. No entanto estamos sempre pressupondo familiaridades e exotismos como fontes de conhecimento ou desconhecimento, respectivamente.

Temos que atentar para a naturalização das construções sociais. Relações de hierarquia, poder e dominação cristalizam as relações em formas estereotipadas que não nos permitem ver a lógica dessas próprias relações. Assim, o conhecimento do próprio antropólogo está condicionado por suas interações culturais.

De tudo exposto, chegamos ao ponto de confrontar a teoria com a prática. Aceita a idéia de que como pesquisadores e pessoas localizadas não podemos apreender os significados das ações dados pelos nossos pesquisados, defendemos aqui uma prática antropológica voltada para o outro. Nesse trabalho queremos ouvir os significados dados pelos próprios pesquisados. Tentaremos não estruturar a experiência e os sentimentos do “outro”. Como nos disse Rosaldo (1989), uma antropologia focada na alteridade escuta o que o outro tem a dizer e desconfia de conjuntos culturais tidos como uma unidade. A cultura forma o contato social e é formada por este, assim devemos perceber o social como um processo de constante mudança, um processo sempre em aberto e não uma estrutura determinista das ações individuais e coletivas.

3.2 Entre a prática e discurso: uma liberdade de análise

As formas empíricas e teóricas que envolvem os agentes profissionais e os usuários nos processos de trabalho nas Unidades Básica de Saúde (UBS), inseridas no modelo da Estratégia de Saúde da Família (ESF), são os instrumentos para esse trabalho. Suas expressões, suas falas, seus gestos, suas manifestações corporais durante as relações estabelecidas nas interações e suas experiências de *cuidado*, são focalizadas para pensarmos a ritualização do *cuidado*. Outro instrumento para a pesquisa serão entrevistas realizadas com profissionais do programa e usuários do mesmo. Nossa questão principal encontra-se nas relações estabelecidas entre sistema de saúde,

profissionais e usuários, e como são operados na prática os procedimentos implicados na assistência à saúde com vistas a emancipação dos sujeitos em suas necessidades.

As práticas comuns realizadas nas UBS serão vistas neste trabalho como práticas ritualizadas, por acontecerem em um espaço de tempo definido, por requererem toda uma preparação e por serem tidas como importantes pelas equipes profissionais da ESF e também preconizadas pelo próprio Sistema Único de Saúde (SUS). Seguindo o modelo operativo de ritual proposto por Peirano (2001), um ritual precisa ter uma definição etnográfica, apreendida em campo, e uma forma específica de convencionalidade, redundância e combinação de palavras e outras ações. Tais aspectos indicam que as práticas são conhecidas como importantes para aqueles que as vivenciam, e ao mesmo tempo, apresentam contornos indicativos de não serem ações consideradas rotineiras pelos sujeitos. Também devem ser vistos como transmissores de valores e conhecimentos, redefinidores e reprodutores das relações sociais, além do aspecto comunicativo das preferências, posições e opções dos sujeitos envolvidos no processo ritual.

Quando me refiro ao termo *ritualização do cuidado* desejo deixar claro um esforço próprio de análise sobre o campo. Em várias situações me encontrei em um dilema de como entender o que se passava. Sabemos de antemão da diferença entre “o que se faz” e “o que se diz sobre o que faz”, mas minha inquietação se encontrava além dessa antítese. Em conversas com profissionais de saúde e usuários da ESF comecei a perceber minha busca pela finalidade da ação “deles” e obtive diferentes respostas, o que me levou a buscar o entendimento de como é operado o mundo simbólico do outro, de como e a partir de que as ações são formadas⁹. Tal intuito me levou a pensar as ações como rituais que podem, e têm muitas vezes, distintos significados para aqueles que dele participam.

A aproximação entre a teoria sobre rituais e as ações desenvolvidas pela ESF é o que permitirá desenvolvermos o argumento desse trabalho. As visitas domiciliares e os grupos educativos fazem parte de uma proposta do Ministério da Saúde intitulada Humaniza SUS. Tais ações são executadas na rede de atenção básica com fins de aproximar os usuários das UBS's para a resolução de problemas que não precisam ser levados para a rede hospitalar. Quando traço tais práticas como práticas ritualizadas tenho como objetivo perceber quais são os distintos significados dados

⁹ Sahlins (1990, p. 9) nos diz que “[...] os significados são colocados em risco na ação. São postos em risco, por exemplo, por referência às coisas [...]”.

pelos agentes envolvidos. Isso permitirá apreender se os significados são os mesmos ou se destoam.

Sabemos que os grupos educativos podem ser tomados como dispositivos controladores postos em íntima combinação com as formas tecnológicas com vistas ao cuidado. Assim, a ESF pretende produzir uma performance nas ações dos sujeitos, contudo a transformação pretendida dá lugar a um fluxo deleuziano porque os dispositivos são destoantes da pretendida emancipação do usuário como sujeito de sua assistência¹⁰. Se concebermos que cada agente tem experiências de vida particulares e que transita em distintos meios sociais, vemos que a Unidade Básica de Saúde é atravessada por práticas que não apenas corresponde a equipe de profissionais e aos usuários, mas correspondem também a ontologias de vidas distintas e a outros mundos possíveis.

Diante desse quadro, essa pesquisa tem como fim perceber como as práticas da ESF, tomadas aqui como práticas ritualizadas, são vistas pelos profissionais de saúde e pelos usuários, para daí repensarmos o conceito de ritual, numa tentativa de “estender” tal conceito. O agente social atua conforme os significados percebidos e retirados das experiências vividas, em uma relação no qual o mundo não é imposto, mas construído em contextos “entre”.

Como relatei acima, o conceito *humanizar* apresenta três pontos: o atendimento humanizado coloca o reconhecimento dos sujeitos como aqueles dotados de direitos; a necessidade da melhora dos serviços com destaque para o binômio “tecnologia” e “fator humano e de relacionamento”, ambos em estreito vínculo; e, por fim, a preocupação com o cuidador e suas condições de trabalho. Assim, a relação dialógica é norte de todos os sentidos atribuídos a *humanizar*. As valises tecnológicas disponibilizadas para o atendimento à saúde consistem em instrumentos materiais e instrumentos “abstratos”. Ferramentas como o maquinário para exames e os utensílios próprios dos profissionais seriam as tecnologias duras. Os saberes bem estruturados aplicados na prática médica, às tecnologias duras-leves. Já o espaço relacional entre profissional-usuário consiste em tecnologias leves, pois expressam materialidade apenas no contexto do ato (MERHY, 2000).

O trabalho do cuidador envolve todos esses tipos de valises. A técnica permeia todas as ações de saúde. Uma consulta tem em seu quadro, além do profissional

¹⁰ Idéia melhor desenvolvida no próximo capítulo.

e do paciente, aparatos para medir a pressão arterial, aparelhos para a “escuta” do coração e do pulmão. A queixa de um paciente no corredor da instituição de saúde mobiliza o conhecimento apreendido pelo profissional durante sua experiência como cuidador. Estes dois exemplos expressam os recursos mobilizados no ato de cuidar, mas estes exemplos só podem ocorrer quando há algum tipo de relação entre os sujeitos. O problema que se levanta aqui é a relação assimétrica entre o material e a relação. O espaço dialogal é obscurecido pelos aparatos técnicos¹¹.

¹¹ Transcrevo para o leitor um relato pessoal de Ayres (2004, p. 17-18): Saí do consultório e caminhei pelo corredor lateral até a sala de espera, cartão de identificação à mão, para chamar a próxima paciente. Já era final de uma exaustiva manhã de atendimento no Setor de Atenção à Saúde do Adulto da unidade básica. Ao longo do percurso fiquei imaginando como estaria o humor da paciente naquele dia – o meu, àquela hora, já estava péssimo. Assim que a chamei, D. Violeta veio, uma vez mais, reclamando da longa espera, do desconforto, do atraso de vida que era esperar tanto tempo. Eu, que usualmente nesse momento, sempre repetido, buscava compreender a situação da paciente, acolher sua impaciência e responder com uma planejada serenidade, por alguma razão nesse dia meu sentimento foi outro. Num lapso de segundo tive vontade de revidar, nesse primeiro contato, o tom rude e agressivo de que sempre era alvo. Quase no mesmo lapso, senti-me surpreso e decepcionado com esse impulso, que me pareceu a antítese do que sempre acreditei ser a atitude de um verdadeiro terapeuta, seja lá de que profissão ou especialidade for. Essa vertigem produziu em mim muitos efeitos. Um deles, porém, foi o que marcou a cena. Ao invés da calculada e técnica paciência habitual, fui invadido por uma produtiva inquietude, um inconformismo cheio de uma energia construtora. Após entrar no consultório com D. Violeta, me sentar e esperar que ela também se acomodasse, fechei o prontuário sobre a mesa, que pouco antes estivera consultando, e pensei: ‘Isto não vai ser muito útil. Hoje farei com D. Violeta um contacto inteiramente diferente’. Sim, porque me espantava como podíamos ter repetido tantas vezes aquela mesma cena de encontro (encontro?), com os mesmos desdobramentos, sem nunca conseguir dar um passo além. Inclusive do ponto de vista terapêutico, pois era sempre a mesma hipertensa descompensada, aquela que, não importa quais drogas, dietas ou exercícios prescrevesse, surgia diante de mim a intervalos regulares. Sempre a mesma hipertensão, o mesmo risco cardiovascular, sempre o mesmo mau humor, sempre a mesma queixa sobre a falta de sentido daquela longa espera. A diferença hoje era a súbita perda do meu habitual autocontrole; lamentável por um lado, mas, por outro lado, condição para que uma relação inédita se estabelecesse. Para espanto da minha aborrecida paciente não comecei com o tradicional ‘Como passou desde a última consulta?’. Ao invés disso, prontuário fechado, caneta de volta ao bolso, olhei bem em seus olhos e disse: ‘Hoje eu quero que a senhora fale um pouco de si mesma, da sua vida, das coisas de que gosta, ou de que não gosta... enfim, do que estiver com vontade de falar’. Minha aturdida interlocutora me olhou de um modo como jamais me havia olhado. Foi vencendo aos poucos o espanto, tateando o terreno, talvez para se certificar de que não entendera mal, talvez para, também ela, encontrar outra possibilidade de ser diante de mim. Dentro de pouco tempo, aquela mulher já idosa, de ar cansado— que o característico humor acentuava, iluminou-se e pôs-se a me contar sua saga de imigrante. Falou-me de toda ordem de dificuldades que encontrara na vida no novo continente, ao lado do seu companheiro, também imigrante. Como ligação de cada parte com o todo de sua história, destacava-se uma casa, sua casa— o grande sonho, seu e do marido— construída com o labor de ambos: engenheiros e arquitetos autodidatas. Depois de muitos anos, a casa ficou finalmente pronta e, então, quando poderiam usufruir juntos do sonho realizado, seu marido faleceu. A vida de D. Violeta tornara-se subitamente vazia, inútil – a casa, o esforço, a migração. Impressionado com a história e com o modo muito “literário” como a havia narrado para mim, perguntei, em tom de sugestão, se ela nunca havia pensado em escrever sua história, ainda que fosse apenas para si mesma. Ela entendeu perfeitamente a sugestão, à qual aderiu pronta e decididamente. Não me recordo mais se ela ainda voltou a reclamar alguma vez de demoras, atrasos etc. Sei que uma consulta nunca mais foi igual à outra, e eram de fato ‘encontros’, o que acontecia a cada vinda sua ao serviço. Juntos, durante o curto tempo em que, por qualquer razão, continuamos em contato, uma delicada e bem-sucedida relação de cuidado aconteceu. Receitas, dietas e exercícios continuaram presentes; eu e ela é que éramos a novidade ali.

Quando pensamos em uma consulta, imediatamente as cenas de um consultório repleto de instrumentos que mal conseguimos nos lembrar de seus nomes nos vêm à lembrança. Quando vamos ao encontro do médico para esclarecermos uma dúvida, queremos seu saber e seu parecer científicos. Mas nos esquecemos do momento relacional. Esquecemo-nos do próprio ato do encontro. Também eles, os profissionais, o esquecem. As valises tecnológicas materiais são sobrepostas às valises tecnológicas “abstratas”. Ayres (2004) nos mostra que uma simples consulta pode ser um espaço dialogal entre médico e paciente, o ato do encontro deixa transparecer a dimensão oculta do cuidado quando a rotina não é sobreposta à relação.

Aliar “tecnologia” e “fator humano” não nos parece tão simples, e é exatamente aqui que nossa crítica torna-se pertinente. O documento do PNHAH nos diz sobre a importância da possibilidade comunicacional, mas não avalia os diferentes saberes e posições por eles ocupadas nos contextos de interação. Os instrumentos materiais são bem mais visualizados pelos sujeitos quando postos frente aos instrumentos abstratos, como o diálogo. Podemos pensar nos grupos de qualidade de vida como um instrumental abstrato que se compromete com as necessidades de cada usuário para sua emancipação, mas ainda assim, são ferramenta para o *cuidado*. O que propomos dá-se no terreno onde todas as tecnologias, duras ou leves, são mobilizadas para um controle emancipado. A comunicação ocorre em momentos já definidos para o seu acontecimento e mediados por objetos concretos e ações *a priori* previstas pelo sistema de saúde, mas que fogem ao seu controle na prática cotidiana. Nossa idéia de rito vem a encontro desse desencontro.

Criticamos o ponto de vista do imaginário *Humaniza SUS* por colocar o usuário como o fim em si mesmo, o foco central para as práticas do *cuidado*¹². O usuário centrado compromete a eficácia da própria prerrogativa da *humanização* quando para ele são pensadas estratégias controladoras de suas ações. O usuário é um mediador da relação, assim como os profissionais e os objetos empregados¹³, ele atravessa diferentes redes de sociabilidade que constituem sua forma particular de “estar no mundo”, de “ver o mundo” e de “conceber seu mundo”. Práticas já formuladas não conseguem compreender as diferentes ontologias e seus cotidianos. Aqui, também reside o problema encontrado na territorialização das áreas trabalhadas pelas equipes da ESF. Embora se pense na definição da área como uma forma de se conhecer a fundo a

¹² Bonet; Tavares; Campos; Teixeira; Rodrigues (2009).

¹³ Penso aqui em Latour (2005) e sua teoria de redes relacionais mediadas por humanos e quase objetos.

comunidade e seus problemas, a tentativa de classificar a identidade cultural do grupo fracassa. Como nos diz Kuper (2002, p. 311)

[...] a identidade cultural jamais pode fornecer uma orientação adequada para a vida. Todos nós temos identidades múltiplas, e mesmo que eu admita ter uma identidade cultural primária, pode ser que eu não queira me ajustar a ela. Além disso, não seria muito prático. Eu opero no mercado, vivo por meio do meu corpo, luto com outros. Se eu me considerar apenas um ser cultural, deixo muito pouca margem para manobra ou para questionar o mundo em que me encontro.

O sistema público de saúde brasileiro joga um jogo de espelhos em que todos podem ser compreendidos dentro de uma mesma lógica de ações. Não nos importa, nessa pesquisa, saber o que fazer para emanciparmos os usuários através das práticas disponibilizadas pelo sistema, mas o que se põe em importância são as necessidades de saúde entendidas por cada usuário e como tais necessidades podem nos ajudar a compreender seus distintos mundos, para assim, sabermos o que fazer para sua emancipação. As necessidades de cada usuário devem ser vislumbradas em sua positividade.¹⁴

3.3 Corpo e Cultura na construção dos significados

A antropologia nos impõe um questionamento sobre a realidade histórica e a realidade vivida expressas no corpo, um reservatório de signos que traduzem costumes, valores e instituições culturalmente imbricadas no bojo social. Como nos disse Mauss (2005, p. 407), “o corpo é o primeiro e o mais natural instrumento do homem”, nele estão expostas todas as aprendizagens do homem, sejam elas pré reflexivas ou reflexivas – embora estas também tenham um caráter pré reflexivo. Tudo que é apreendido pelo sujeito em suas experiências, é apreendido pelo corpo enquanto um instrumento técnico do homem. As ações reflexivas são primeiramente pré-reflexivas porque são "encorporadas" pelo sujeito em sua trajetória singular. Somente após a experiência ele as atribui um significado em consonância com suas experiências passadas.

¹⁴ O sentido de positividade pode ser melhor compreendido quando nos remetemos ao estudo de Simone Cavalcante (*apud* BONET ; TAVARES, 2008) sobre a inclusão das rezadeiras no PSF de Maranguape – CE. Tal inclusão ocorreu após a percepção da importância das rezadeiras na vida cotidiana dos usuários.

Os significados são “encorporados” na pessoa e na relação que esta estabelece com o meio através de percepções experimentadas rotineiramente. A maneira de estar no mundo é a própria “corporificação” das experiências vividas e sentidas, desenhadas no corpo, *locus* da representação social. É a expressão do corpo que nos faz identificar *a priori* o sentimento de pertença de uma pessoa a um grupo, assim como a linguagem utilizada para descrever sensações, pensamentos e fatos da vida cotidiana.

O paradigma antropológico do *embodiment*, desenvolvido por Csordas (2002a), representa uma perspectiva metodológica que capacita a reinterpretação dos dados existentes e coloca novas questões para pesquisas. Posto de outra forma, “corporificação [*embodiment*] é um ponto de vista metodológico no qual a experiência corpórea é entendida como sendo a base existencial da cultura e do eu e, portanto, um valioso ponto de partida para a análise deles” (CSORDAS, 1994, p. 1).

No lugar de situar o corpo enquanto um “objeto a ser estudado em relação a uma cultura”, tal como a catalogação das técnicas corporais em Mauss (2005, p. 399), o paradigma do *embodiment* pensa o corpo enquanto “sujeito da cultura”, ou “base existencial da cultura” (CSORDAS, 2002a, p. 58). Dessa forma, ele atualiza a guinada epistemológica realizada por Merleau-Ponty (1999) se apropriando da perspectiva do *ser-no-mundo*. Conforme a perspectiva merleau-pontyana, o corpo é o “veículo do ser no mundo”, o modo fundamental pelo qual o homem existe e se relaciona com o mundo, e consigo mesmo, a condição de possibilidade de qualquer experiência.

[...] The approach I will develop from the perspective of psychological anthropology leans strongly in the direction of phenomenology. This approach to embodiment begins from the methodological postulate that the body is not an object to be studied in relation to culture, but is to be considered as the subject of culture, or in other words as the existential ground of culture (CSORDAS, 2002a, p. 58).

Tal paradigma desconsidera as dicotomias entre natureza e cultura, sujeito e objeto, mente e corpo. O corpo não é um fato biológico, sinônimo de pré-cultural, mas sim um corpo cultural, social e político envolto em relações sociais da realidade experimentada, é a condição de possibilidade do desenvolvimento da cultura e da biologia. Natureza e cultura são formas de representação ou objetificação dos sujeitos, e também formas de representação que os sujeitos operam o mundo.

[...] essa ‘experiência do corpo’ é ela mesma uma ‘representação’, um ‘fato psíquico’, que a este título ela está no final de uma cadeia de

acontecimentos físicos e fisiológicos que são os únicos a poderem ser creditados ao ‘corpo real’ (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 114).

A cultura mantém um diálogo contínuo com o corpo, sendo a condição que pré-determina a pessoa. A experiência do ser no mundo é biológica e cultural ao mesmo tempo. Portanto, o corpo é o sujeito da cultura, é o depositário das experiências vividas pela pessoa. O corpo “encorpora” a cultura e é sua representação imediata. Os diferentes posicionamentos dos sujeitos no mundo nos impedem de apreender o que é natural e social nas experiências dos sujeitos.

[...] the body is recongnized for what it is in experiential terms, not as an object but as a subject, the mind-body distinction becomes much more uncertain. Psychological anthropology has tended to operate within the mind-body duality, conceptualized as the relation between the subjective mental domain of psychocultural reality and the objective physical domain of biology.” (CSORDAS, 2002a, p. 85).

A construção do *self* corporal é um processo dinâmico de socialização. O corpo nunca está “pronto”, “acabado”, porque a cultura não tem um fim, mas um *continnum* de contatos e relações que estabelecem novos arranjos culturais, políticos, religiosos etc. A concepção do corpo social realiza-se através da experiência, e a união desta com a percepção dos objetos formam o “eu”, ou a “noção de pessoa” que atesta Mauss (2005, p. 367).

Assim, o “encorporar” é pré-reflexivo e, se expressa na relação com o mundo, na experiência sensível do corpo. Não há conflituosidades na apreensão de significados porque os sujeitos são híbridos, transitando em diversas esferas da ordem social. Para Latour (2005) todas as realidades sociais são entrelaçadas por redes de relações que possibilitam diferentes rearranjos individuais de identidade. A pessoa não é algo estático, mas maleável na medida em que apresenta-se como um corpo social em diálogo com o mundo.

Em rede', o mundo moderno, assim como as revoluções, permite apenas prolongamentos de práticas, acelerações na circulação dos conhecimentos, uma extensão das sociedades, um crescimento do número de actantes, numerosos arranjos de antigas crenças. Quando olhamos para elas 'em rede', as inovações dos ocidentais permanecem reconhecíveis e importantes, mas não há o bastante aí para se construir toda uma história, uma história de ruptura radical, de destino fatal, de tristezas ou felicidades irreversíveis (LATOURE, 2005, p. 52).

A experiência é vista como uma teoria do estar no mundo (MERLEAU-PONTY, 1999), e não como uma teoria da ação estruturada pelo mundo. O agente social atua conforme os significados percebidos e retirados das experiências vividas, em uma relação no qual o mundo não é imposto, mas construído em contextos “entre”¹⁵. Mas quando pensamos que a experiência pode ser vista a partir de uma teoria de mundos diferentes¹⁶ desconsideramos o conceito de representação como um mero relativismo cultural. Nesse pensamento uma nova metodologia e uma nova concepção antropológica surgem. O outrem não é aquele já conhecido através de teorias prévias que amparam o olhar antropológico em campo, mas aquele que pode ser percebido em um ponto de vista apreendido durante a relação “entre” os sujeitos. Se enquanto pesquisadores somos sujeitos dotados de um pensamento objetivo e se o pesquisado é objetivamente um sujeito como nós, ele também possui um pensamento objetivo. Nesse sentido, o que ele nos diz, é sim um mundo possível tal qual o mundo do antropólogo e os conceitos que este utiliza para classificar seu mundo.

Conceber a cultura como um conceito construído na experiência relacional é perceber as diferentes possibilidades de significados. Existe uma infinita variação das relações sociais e com ela uma infinita variação nas construções dos corpos, por exemplo. Assim, por que não pensar que todos os conceitos também são relacionais?

Com a mudança de perspectiva trazida pela ESF o paradigma do *embodiment* nos auxilia na compreensão da *humanização do atendimento*. Tudo o que antes não era considerado pelos agentes de saúde passa a ser importante para o conhecimento do outro. O corpo biológico da biomedicina clássica é sucedido pelo corpo que interage na relação, pelo corpo dotado de emoções e conflitos e que constrói o saber junto aos profissionais.

¹⁵ Bonet e Tavares (2007).

¹⁶ Viveiros de Castro (2002).

4 O RITUAL COMO ESTRUTURADOR DA ANTIESTRUTURA: ENTRE A PRÁTICA E TEORIA

Símbolos. Tudo símbolos
 Se calhar, tudo são símbolos
 Serias tu um símbolo também?
 (Álvaro de Campos, Psiquetipia)

4.1 O que fazem e o que dizem que fazem: uma análise fictícia sobre o ritual

Sabemos que a prática da observação participante nos permite uma maior aproximação com a comunidade pesquisada. É através dela que percebemos a importância de algumas ações e de alguns eventos. Ao realizar o trabalho de campo, em duas Unidades Básicas de Saúde da cidade de Juiz de Fora – MG, percebi a importância dada a algumas ações de promoção a saúde, como as visitas domiciliares e os grupos educativos. Fato corroborado por várias entrevistas, feitas com os profissionais de saúde em diversas UBS's da mesma cidade. Na maioria das vezes as visitas domiciliares e os grupos educativos para os hipertensos e os diabéticos ocorrem uma vez por mês. Portanto, há um tempo específico para esses eventos e toda uma preparação para que aconteçam.

Tomo por estudo estes eventos por perceber falas destoantes quando os abordava em entrevistas ou até mesmo quando estava presente nos grupos educativos. Muitos significados me foram dados por profissionais de saúde e pelos usuários sobre o que “estavam fazendo ali” e “o motivo por estarem ali”. Diante de distintas respostas me intrigou pensar numa estratégia de ação com vistas à promoção de saúde, e preconizada pelo SUS, de uma só posição. Com tantas respostas sobre o que ocorria fui levada a desconfiar de um só significado possível.

Um evento é de fato um acontecimento de significância e, enquanto significância, é dependente na estrutura por existência e por seu efeito. “Eventos não estão apenas ali e acontecem”, como diz Max Weber, “mas têm um significado e acontecem por causa desse significado.” Ou, em outras palavras, um evento não é somente um acontecimento no mundo; é a relação entre um acontecimento e um dado sistema simbólico. E apesar de um evento enquanto acontecimento ter propriedades “objetivas” próprias e razões procedentes de outros mundos (sistemas), não são essas propriedades, *enquanto tais*, que lhe

dão efeito, mas a sua significância, da forma que é projetada a partir de algum esquema cultural. O evento é a interpretação do acontecimento, e interpretações variam (SAHLINS, 1990, p. 191).

Ao tomar as visitas domiciliares e os grupos educativos como ações ritualizadas, remeto-me novamente a Peirano (2001) e sua definição de ritual. A importância dada a estas ações pelos profissionais e pelo próprio sistema de saúde brasileiro me permite pensá-las como um ritual estruturado com finalidades específicas. No caso das visitas domiciliares, elas devem acontecer mensalmente com o objetivo de manter um vínculo entre a ESF e toda a comunidade, além de promover a qualidade de vida dos moradores da área através de informações como o combate a dengue. Já os grupos educativos acontecem com uma frequência menor e são divididos entre as várias demandas encontradas pelas equipes de saúde, os mais tradicionais são os grupos de hipertensão, diabetes, puericultura e direitos reprodutivos. Cada grupo acontece de forma particular de acordo com o problema de saúde a ser trabalhado pelas equipes, mas há uma similaridade na formatação dos grupos entre as UBS's.

4.2 O conflito enquanto um elo na construção dos significados

A emoção presente no momento ritual geralmente não é apreendida pelo pesquisador.

Na interpretação ortodoxa do ritual, faz-se de conta que a prática comum não tem eficácia e que homens e mulheres realmente são como idealmente deveriam ser. Mas (...) a 'energia' necessária para reanimar os valores e normas consagrados nos símbolos dominantes e expressos em vários tipos de comportamento verbal é tomada de 'empréstimo', para usar uma metáfora em lugar de uma linguagem mais rigorosa, da representação teatralizada de conflitos perfeitamente conhecidos e normalmente mencionáveis. As energias brutas do conflito são domesticadas a serviço da ordem social (TURNER, 2005, p. 70).

Isso nos leva a crer que a estrutura formal do rito inibe o conflito presente nas relações diárias entre os agentes do processo social. Tal conflito dá-se nos mais variados campos de ação dos sujeitos e até mesmo no campo das ideologias. No caso específico desta pesquisa podemos analisar o conflito entre as prerrogativas do Humaniza SUS, as práticas da ESF, e os significados de ambas para os profissionais de

saúde e para os usuários do sistema público de saúde, como nos indica a fala de um agente comunitário de saúde.

Com o tempo de trabalho, você tende a excluir algumas pessoas do seu rol de visitas, mas isso é em off, não pode nem saber porque tem aquela coisa de demagogia, né?, o agente tem que visitar todo mês. Com o tempo você começa a excluir. ... Aquela pessoa que você já não tem mesmo o que fazer, já não tem o que falar. Igual, eu já vou fazer três anos, agora no dia primeiro de agosto, têm famílias que eu já não tenho o que falar. Se eu for pra aquela casa, eu vou falar de tudo, menos de saúde. Você começa a priorizar aquelas pessoas mais problemáticas, aquela pessoa que não sabe ler, aquela pessoa que tá... por exemplo, que tem pressão alta, que toma remédio controlado... e são pessoas que você tem que ir mais de uma vez por mês na casa, entendeu? ... Mais problemáticas. Por exemplo, quando eu vi também uma menininha de, eu e a enfermeira, uma menininha de dias dormindo no chão, aí você se move mais por aquela família, você passa a intervir mais, acompanhar mais, ela passa a ser a família predileta. O agente de saúde tem a família predileta, aquela que ele gosta de chegar mais, entendeu? ... Que nem essa família... quando a gente viu essa menininha no inverno passado, tinha acabado de nascer e dormindo no chão frio. A gente não tava conseguindo ficar só com a roupa, imagina aquela criança. Aí você vai ajudando, vai melhorando e também aquela família te recebem bem, porque bater na casa da pessoa não é mole não, entendeu? Tem gente que não te recebe... isso é ruim, é chato... é aquilo que eu te falei, você ter que ir na casa daquele que não te recebe... isso é muito utópico, isso não existe, mas eles falam que tem que ir, então você finge que vai... como você vai bater na casa de um homem que te chama de bosta e de merda?... eu não consigo.” [Entrevista com Marcelo (nome fictício) realizada em 24/07/2006].

Na entrevista citada acima vemos o descompasso entre a prática comum e o ideal que a visita domiciliar expressa para a Estratégia de Saúde da Família. O ritual como um “drama social” indica a estreita ligação entre conflito social e ritual, seu foco está na ação social ficcionada pelo autor na escrita do texto. A ruptura de normas sociais, costumes e regras trazem desequilíbrio ao social, sendo preciso o ritual como um mecanismo reestruturador da ordem (TURNER, 1974). Os ritos são assim, comportamentos formais que expressam, simbolicamente, os problemas estruturais das sociedades e nos traduzem o sistema de significados presente nas relações. A dramatização do conflito entre sistema de saúde e os agentes do processo social se revela na própria visita domiciliar.

Quando me preocupo com os significados que eles dão as ações tomo a liberdade analítica de ver essas mesmas ações como “drama social” expresso na atitude performática de cada agente social. Parto de minhas observações particulares sobre “o

que eles fazem” e “o que me dizem que fazem” e me lanço a dizer que a mudança de paradigma que o Humaniza SUS representa, inaugura um conflito entre práticas, ou melhor, entre a biomedicina e uma medicina de caráter holístico. As visitas domiciliares e os grupos educativos são as expressões deste “drama social”. Em ambas se espera uma representação de papéis que envolvem usuários e profissionais, entretanto o problema reside no processo social sempre em movimento.

Os estágios de ruptura, crise e intensificação da crise, ação reparadora e desfecho são os caminhos percorridos pela tensão da estrutura social (TURNER, 1974). O olhar da medicina agora se volta para a saúde e a doença passa a ser vista como um problema social e não só biológico. O corpo biológico é preterido por um visão totalizante do sujeito, seus costumes, sua família, suas redes de relações, seu poder aquisitivo e até mesmo o desemprego, são incorporados na análise clínica feita pelos profissionais de saúde, como nos diz uma médica.

[...] a saúde em si não só uma questão de doença física, né, há muito problema emocional, muita condição socioeconômica. Tudo muito misturado, né.. e o que agente vê assim, de problemas comuns, é que muitos pacientes..o paciente parou de ser aquele paciente que vai só por causa de uma amigdalite, e começa a vir a paciente que brigou com o marido, que ficou desempregada.. começa problema social a entrar [...]. [Entrevista com Helaine (nome fictício) realizada em 05/03/07].

Tais problemas trazem desequilíbrio às ações de promoção a saúde, preconizadas pelo Ministério da Saúde, e podem ser entendidas como instrumentos para o desequilíbrio social. Mas acredito que o desequilíbrio social produtor do conflito presente entre saúde e doença resida na concepção prática do que seja o saber médico e sua responsabilidade.

Estritamente, seria medicalizar, mesmo; fazer diagnóstico. Porque a medicina pura ... ela, o que que é? “Eu estou com dor!” Então, vamos saber a causa dessa dor e tratar essa dor. Seja com algum remédio, seja encaminhar para alguma terapia. Mas é isso. Se eu sou médico, mesmo, como você era preparado ou era ... tá mudando isso nas faculdades. Houve uma mudança do currículo, né. Na minha época, era assim: médico é pra tratar doença. E doença, a gente trabalhava naquele conceito antigo, que era ausência de saúde. Se você tem febre, você tá doente. Agora... não se aceitava que você tá doente porque você não tem lazer. Porque você não tem nada porque não tem moradia, que é um conceito que a gente trabalha ali no PSF. Então, o médico é justamente pra diagnosticar a doença, fazer a anamnese, né ...as perguntas que a gente faz e o exame físico; se for

preciso, pedir um exame complementar pra esclarecer o quadro que o paciente teve e passar o remédio... indicar uma terapia e acabou. Você não tem que se envolver mais nada. Mas com essa mudança de saúde, o que é ser saudável no Brasil?...eu me descobri doente. [Entrevista com Helaine (nome fictício), médica da ESF realizada em 05/03/2007].

No relato acima vemos que a doença era somente um fato biológico que se curava com medicamentos específicos. Mas agora temos a doença social que foge ao saber técnico da biomedicina, e é neste ponto que o conflito se estabelece. O estado liminar é constante entre sistema de saúde, profissionais e usuários. A idéia de “drama social” indica o momento em que os conflitos ganham tal intensidade que se manifestam na necessidade de se instituir o ritual, ou as visitas domiciliares e os grupos educativos. Porém o desequilíbrio produtor do conflito é permanente, assim como a ausência de um só significado para todos os atores sociais.

Na prática etnográfica fica claro o descompasso entre teoria e prática. As ações desenvolvidas para a promoção à saúde são significadas de diferentes maneiras pelos agentes envolvidos no processo. O rito não consegue reestruturar a ordem pretendida pelo MS. Acredito que o principal problema resida na forma como são tomados tanto os usuários como os profissionais de saúde. Ambos são vistos como um quadro em branco onde se inscreve as estratégias formuladas para a prática de promoção à saúde. Vejamos as falas de uma médica e uma usuária da ESF, a primeira diz respeito a prática dentro da UBS e a segunda sobre o que espera do encontro com o médico.

É mais do que medicina! Não é num sentido assim ... de você não tratar o paciente, é de você abarcar coisas que assim ... que não são da sua alçada. Chega lá, às vezes, o paciente deprimido porque perdeu um parente. Eles querem logo medicalizar. “Ah ... não dra... eu quero um Diazepan porque o meu marido morreu ontem.” E só. Chega assim... eles conhecem nome de droga, principalmente remédio controlado. Um comunica com o outro e é aquela rede; eles entendem que que é droga, que que não é. Então, eles já chegam assim ... dando diagnóstico “Tô deprimido eu quero um remédio.” Aí, muitas vezes, cê tem que bancar o psicólogo. Eu falo, “Me explica uma coisa, seu marido morreu quando?” Eu falo “É natural! Cê gostava do seu marido?” “Ah ... Dra eu era apaixonada por ele!” Então é natural que você esteja triste. Você não está deprimida, você tá tendo uma reação natural a um fato desagradável que aconteceu com você. Você precisa viver esse luto, você precisa passar por essa tristeza, pra poder superar isso.” Agora ... quando passa cinco anos que o marido morreu ... Quando tem cinco anos de doença ... do ele acha que é

depressão, você começa a dar uma de psicóloga de entender o problema dele. Você deixa de ser médica. Você para de medicalizar, simplesmente passar o remédio; o que seria até mais simples ... pegou lá Diazepan toma e pronto. Mas não é, não. Ai cê explica “Tem que viver o luto! É desagradável? É! Mas todo mundo vai passar por isso!” Muito mal, às vezes eu passo um calmantezinho leve, que não causa dependência.” [Entrevista com Helaine (nome fictício), médica da ESF, realizada em 05/03/2007].

[...] eu sou muito cismada, eu acho que tem que tomar remédio. Na bíblia mesmo tá escrito (como é que?) é os doentes que precisa dos médico não é os sãos que precisam dos médicos não. Quer dizer as pessoa tem que procurar os médicos mesmo para tomar remédio.” [Entrevista com Antônio (nome fictício), usuária da ESF, realizada em 04/10/2006].

Uma olhada rápida pelas duas entrevistas nos leva a crer em uma mudança de paradigma entre a médica e a usuária. Mas observemos que a médica diz “Você deixa de ser médica”, há aqui o que Bonet (2004, p. 47) chama de “tensão estruturante” entre o saber médico e a prática da profissão, ou a esfera do sentir presente na experiência sensível. Para o autor “o hospital permite que se manifeste a ‘tensão estruturante’ entre a dimensão científico-racional e a humano-passional da ‘biomedicina’”. É neste cenário que as “vistas de sala”, realizadas pelos médicos e pelos residentes, funcionam como um ritual, ou como dramas ritualizados que põem em risco as categorias da biomedicina. No caso específico da ESF nota-se uma tensão entre o saber técnico e a totalidade do sujeito enquanto uma pessoa que não representa somente um corpo biológico. Para o profissional médico que incorpora o diagnóstico como um símbolo de seu trabalho, na perspectiva da integralidade e do olhar sobre a saúde, e não mais da doença, sofre uma ausência de significado sobre sua prática médica. E o usuário do sistema de saúde perde seu referencial sobre o que seja o profissional médico.

Turner (2005, p. 50) nos indica que

cada tipo de ritual tem o seu símbolo ‘sênior’ ou, seu símbolo ‘dominante’. (...) os símbolos dominantes são encarados não meramente como meios para o cumprimento dos fins confessos de um dado ritual, mas também e com maior importância, se referem a valores que são considerados fins em si mesmos, quer dizer, a valores axiomáticos.

O diagnóstico nesses termos é um fim manifesto da prática médica. Entretanto o vínculo do cuidado é o símbolo chave para a Estratégia de Saúde da Família.

Então, assim ... perder ... a tristeza é uma coisa natural do ser humano. Cê não vive sem tristeza e sem alegria. Então, eles acham assim ... “Perdi o emprego”; “Morreu uma pessoa”... a solução pra aquilo é o Diazepan, né a fluoxetina da vida. Então, você medicalizando, você acaba com a dor daquele paciente, né. Mas, na verdade, não é uma doença; é uma reação natural. A depressão ... ela passa pra doença, quando você não tem uma causa pra ela. A depressão doença é assim ... você pode ter ganhado na loto, que você não tem vontade de sair de casa, cê não tem vontade de tomar banho, cê fica num quarto fechada., chorando o dia inteiro... Isso é a depressão, que a grosso modo, a gente chama doença pra tratamento psiquiátrico. É diferente ... Hoje o ser humano... ele é assim... criado como se fosse uma obrigação ser feliz. Que eu acho que vira uma obrigação do ser humano. Se você tiver uma tristeza, você não aceita.... pra ter uma vida de novela, né... fora de hora que é ter todos os recursos, pra viver 24 horas do dia, feliz. É ter um amor que te realize, né... o príncipe encantado! Então, você foi criado pra uma realidade que é utópica. Você tem que conviver com frustração. Tem dia que você não tá bem, que você tá passando mal. Tem dia que eu chego lá ... “Meu Deus! Têm 16 pacientes! eu não vou dar conta.” Tem dia que cê tá, mesmo, de mau humor ... Cê tem a consciência que você não tá legal; mas você também não vai colocar no paciente uma questão sua, né. Então, eles não tem muita noção. Pra eles é tudo, assim ... um remédio é a salvação de tudo. “Meu marido me largou ...” eles mandam um Diazepan. Até porquê, eles têm um ganho secundário com isso. “Ah, eu tô doente, cê me abandonou!” Cria aquele vínculo. Porque toda doença ela tem um benefício, né. Você olhando pelo lado psiquiátrico, não tem uma doença que não tenha um ganho secundário, né ... Então, muitas vezes é aquele paciente que muitas vezes ele não quer curar; que aí ele tem a atenção da família ... ele tem o que ele precisa. Então, é uma coisa que a gente tem que tá trabalhando também. Você acaba sendo médico, psiquiatra, psicólogo, psicanalista, né ...] Um pouquinho de cada coisa você vai aprendendo com a vivência também, né ... É complicado! [Entrevista com Helaine (nome fictício), médica da ESF, realizada em 05/03/200].

Nesta fala podemos constatar o dilema cotidiano vivido pelos agentes do processo social, profissionais e usuários. O diagnóstico requerido por ambos escapa no momento do encontro. O que poderíamos chamar de doença social, como a tristeza, ou outros problemas que a própria vida coloca aos sujeitos, muitas vezes não são encontrados no corpo físico, não há os sinais necessários para o diagnóstico biomédico fundado na objetividade. O símbolo dominante da prática médica é, assim, resignificado

pela ESF através do conhecimento territorial de uma área específica e sobre o que se passa com o usuário em sua vida particular.

Aqui como é uma comunidade limitada, você vê assim, que a gente conhece o paciente pelo nome, o quê que acontece na família, quem tem o irmão, o quê que ele está bebendo, é uma relação diferente da do médico tradicional. O médico, por exemplo, que trabalha no Pan Marechal não tem essa comunidade é cada um que chega e marca eles não tem prontuário eles não tem, eles não tem esse compromisso de saber o que se passa além do consultório, além da medicação que ele passa... ah está com pressão alta toma um captopril um propranolol e tchau, a gente não como médico da família a gente sabe toda situação que está em volta...

É mais humanizado, aqui a gente procura saber se está com a pressão alta tem algum motivo, então a gente vai atrás desse motivo: por que que a Dona Maria está com pressão alta ... então a gente já vai em busca do problema pra tentar resolver, né.

Então é uma área assim, é um serviço muito pesado porque você acaba fazendo não só nossa função de médico mas a função de psicólogo, de assistente social, de uma pessoa que entra na casa da outra, porque o paciente também tem muita confiança em você, desde que eu entrei eles não pedem nenhuma identificação eu vou com esse jaleco se eu quiser mas se seu entrar lá com a roupinha que eu estou eles te recebem, eles não questionam se você é médico ou não, a gente tem total abertura, independente se você é um traficante ou uma prostituta. [Entrevista com Helaine (nome fictício), médica da ESF, e Julia, uma agente comunitária de saúde, realizada em 20/05/2007].

O diagnóstico da biomedicina traz identidade ao paciente e ao mesmo tempo se legitima como o “saber autorizado sobre a enfermidade” (BONET, 2004, p. 99). Entretanto para o profissional e usuário da ESF a identidade de ambos não está bem definida. O estado liminar é constante na falta de objetividade.

Para se construir como um campo de saber científico, a ‘biomedicina’ – baseada na construção dualista, que acarretou o que denominei como ‘tensão estruturante’, - afastou três totalidades: o médico, o paciente e a relação entre eles, deslocando para o inconsciente os aspectos emocionais dessas totalidades porque não se encaixavam no discurso criado sobre o processo saúde-doença (BONET, 2004, p. 118).

Nessa perspectiva o aspecto da subjetividade é renegado no momento do encontro, porém o caráter totalizante da ESF provoca uma confusão de posturas entre os agentes, seus sentimentos e suas práticas, “do que estão fazendo ali” e “do que buscam ali”.

Ele é o principal entrave disso tudo... a nível técnico, é o principal entrave. Porque você pode ter tudo, uma unidade belíssima, ter todo conforto, com todo material, mas o que que o profissional joga todo tempo... que ele não tem condições de trabalho, mas a grande verdade não é essa, porquê mesmo se tivesse tudo, não existe processo de transformação interna dele... ele pode ficar trabalhando como antes... não faz a menor diferença... pode ter tudo para trabalhar, todas as condições, mas se ele não pensar a saúde de forma diferente... isso nos mínimos detalhes... para você ver no dia a dia como a gente é impregnado de uma soberba sobre as pessoas, o profissional médico então nem se fala, os outros profissionais que chegaram conseguem se transformar mais facilmente, mas o profissional médico é difícil porquê ele sempre foi o dono do poder e do saber. E criar essa proposta, não só socializa o poder com o grupo local, mas principalmente com o próprio usuário. Porque você deixar por exemplo, o profissional acreditar que quem transforma, que vai fazer algum processo de transformação e fazer alguma coisa no processo de saúde, é a própria pessoa, não vai ser ele que vai conseguir fazer. O trabalho é mudar o foco... o trabalho da gente é conseguir mover as pessoas para que elas iniciem o processo de auto-transformação. Então essa é que é a grande mudança. (Fala de Ana (nome fictício), uma enfermeira, sobre a concepção dos profissionais sobre a medicina totalizante, ou a medicina trabalhada pela ESF, em entrevista realizada em 06/04/2006).

Podemos encarar o símbolo dominante como uma tipificação dos valores com fins em si mesmo. Nessa perspectiva os objetos, atividades, relações, eventos, gestos e unidades espaciais são também símbolos que transmitem valores (TURNER, 2005). Na ESF o *cuidado* como o símbolo dominante é posto nas atividades práticas ritualizadas, como as visitas domiciliares e os grupos educativos

Antigamente você falava pro cara assim, “sou eu que te curo”. Hoje, você diz, “ se você não cuidar da sua saúde, ai sim é que você vai estar ferrado. Eu so vou te ajudar. O responsável pela sua saúde é você”. Então hoje, nós estamos numa lógica de estar promovendo o auto cuidado, das pessoas se auto cuidarem. Então você vai estar intervindo com suas ações técnicas, mas se não tava todo muito curado, né gente, pois tem tantos anos que tem atendimento direto, né gente. A Dona Maria vem três vezes por semana e nada muda, mas se a Dona Maria não entender que ela mesma tem que começar a fazer algumas coisas, mudar alguns hábitos de vida, é ai uma das grandes capacidades que muitos profissionais de saúde ainda não tem, de fazer este nível de intervenção. Não tem e não querem, porque trabalhar com saúde é muito mais difícil. Trabalhar com doença é muito mais fácil, nem se compara. (Fala da enfermeira Ana (nome fictício), em entrevista realizada em 06/04/2006).

Os rituais têm a função de incumbir entre seus participantes a noção de um desejo manifesto do que é *a priori* obrigatório. Entretanto sempre há a necessidade de reafirmação desse próprio desejo ou, em outros termos, da obrigatoriedade do desejo. Tal fato acontece pela constante liminariedade vivida, pelo constante estado de reflexão em que se encontram profissionais e usuários. A todo momento eles recombina suas experiências para darem sentido ao momento presente e darem sentido a suas ações que escapam ao símbolo dominante da prática médica. Os modelos ideais fogem à realidade da ação, como também as mudanças sociais. Nesse aspecto operam numa dimensão *como se* analisassem sistemas em equilíbrio (LEACH, 1995, p. 51).

4.3 A mudança social como um processo imanente de desterritorialização

A mudança é uma continuidade de um estado inerte às sociedades e o fator histórico é a ferramenta para percebermos tal afirmação, sua ausência favorece as interpretações de “equilíbrio”. Dessa forma, dentro da lógica ritual, Leach (1995, p. 78) declara que a expressão ritual é uma forma de afirmação simbólica sobre a ordem social, e cabe ao antropólogo interpretar tal afirmação. “A estrutura que é simbolizada no ritual é o sistema das relações 'corretas' socialmente aprovadas entre indivíduos e grupos”. E é aqui que sua crítica sobre a ação ritual reside.

Como relatamos na seção anterior, a ESF trabalha com a delimitação de áreas definidas dentro da comunidade. Essa territorialização tem por fim o conhecimento aprofundado das famílias que ali residem e os problemas específicos dessa população. Cada equipe de saúde se responsabiliza por uma área e sua atuação se restringe aos cuidados dessa área.

Eu acho que toda essa territorialização... realmente, assim... não é o ideal, não. Por quê? Porque, às vezes, ela é feita da melhor maneira, num sentido, assim... de pegar áreas próximas pra por dentro de uma área. Mas, muitas vezes, a realidade social é muito diferente de uma micro-área pra outra. (...). Então, eu não acho muito justo não. Pra falar verdade... eu não acho muito justo, não. Ao mesmo tempo que, às vezes, você pega uma rua pequenininha com prostituição, com tráfico de drogas, gente carente, muito problema. E assim... tem vez que você pega uma área enorme e que só uma pontinha daquela área é usuário do posto. O resto, realmente, não é usuário do SUS, tem plano de saúde, tem outras coisas. Então, é difícil você falar, nesse sentido assim... não é muito adequada. Não é justa. [Fala da médica Helaine (nome fictício), em entrevista realizada em 05/03/2007].

Entretanto essa territorialização, muitas vezes, não distingue as diferenças estruturais de cada área¹⁷. Cada Unidade Básica de Saúde é responsável por atender uma região que apresenta os mais variados problemas, sejam eles econômicos, políticos e sociais. Também há um engano em se achar que há uma mesma identidade cultural compartilhada por todos que ali residem, além de congelarem o próprio processo de mudança social ao qual área a ser delimitada e seus moradores estão inseridos. Antes de se implementar a ESF, por exemplo, já havia toda uma comunidade com seus espaços de relacionamentos já formados, o que não implica em uma impossibilidade de novos rearranjos desses mesmos espaços.

O processo de mudança social implica numa confluência entre o espaço liso e o espaço estriado. Como nos disse Deleuze e Guattari,

o espaço liso não pára de ser traduzido, transvertido num espaço estriado; o espaço estriado é constantemente revertido, devolvido a um espaço liso. Num caso, organiza-se até mesmo um deserto; no outro, o deserto se propaga e cresce; e os dois ao mesmo tempo (2007b, p. 180).

O espaço estriado é, então, um espaço já territorializado, um espaço que já apresenta delimitações em sua forma e redes de relacionamento já formuladas, entretanto a mudança social como um estado permanente das sociedades impõe novos rearranjos do espaço territorial, tais rearranjos reconfiguram a ordem social e o próprio território, a que podemos está “passagem” como um devir para o espaço livre. Um espaço que está sempre em aberto para reformulações da ordem social. Analisemos como ocorreu o processo de territorialização em uma Unidade Básica de Saúde.

Mas assim, a primeira discussão que a gente fez foi com intenção de conhecer o território... de realmente andar no bairro, ver o limite... ver tudo. E quando veio a questão do PSF, uma discussão mais aprofundada dessa questão da territorialização, nós fizemos uma discussão na região. Por que? Porque ai ser implantado o PSF aqui no Alto Grajaú, e Nossa Senhora Aparecida que foi durante muitos anos área de abrangência nossa... nós atendemos muitos anos no modelo tradicional e mesmo depois com o PSF a gente pegou uma parte com Nossa Senhora Aparecida pertencendo aqui... não posso te precisar o ano, mas foi depois da implantação do PSF com certeza que houve a separação... acho que foi uns dois anos depois da

¹⁷ Temos o caso específico de uma Unidade Básica de Saúde que é responsável por uma área que necessitada de cinco equipes para fazer a cobertura de toda a comunidade. Entretanto o Ministério da Saúde só permite três equipes em cada UBS. Segundo a assistente social que trabalha nesta UBS, uma equipe atende no salão da Igreja Católica e outra no salão da Metodista.

implantação. Então Nossa Senhora Aparecida implantou o PSF, o Progresso e Santa Rita... e nós temos ruas que são comuns, que são limites nessas regiões, então, em vez da gente fazer a discussão local, nós fizemos a discussão regional. Então o que que nós fizemos na época? Tiramos alguns representantes da equipe, representantes do Conselho Local desses bairros, e na época a gente conseguiu uma Kombi, com a Secretaria de Saúde, e agente circulou no bairro e fomos junto com o Conselho e equipe tentando definir os limites de cada área de abrangência dessas unidades. Por exemplo, Nossa Senhora Aparecida onde começa... nós definimos por exemplo, que a Rua das Missões, que é uma rua que fica no limite mesmo, ela seria o limite com o Alto Grajaú. Porque tem uma hora que você tem que dizer, né?, até onde que vai, qual casa... você tem esse limite, porque as ruas internamente estão definidas pelo próprio bairro, pela aproximação..

por exemplo, Três Moinhos é área de abrangência nossa, mas não tem sentido Três Moinhos que é aqui em cima ser área de abrangência do Linhares ou ser área por exemplo, de Nossa Senhora Aparecida ou de Santa Rita. Mas uma parte do Três Moinhos tava muito próxima de Santa Rita... então nós tivemos que redefinir. Então, na verdade, o que eu quero dizer é o seguinte, o processo de territorialização é dinâmico, então você tem que tá sempre discutindo ele. Desde a implantação do PSF até agora nós fizemos várias mudanças, tanto com outras unidades, quanto com as equipes, tá. Porque num primeiro momento nós dividimos o bairro basicamente no meio, horizontalmente... então o que que aconteceu? Uma equipe, que era a equipe 63 pegou a área mais pobre do bairro e a equipe 17 pegou a área classe média... ficou muito desigual... então nós tivemos que refazer... nós dividimos de novo, nosso território era o mesmo, mas nós tivemos que a nível de equipe fazer um corte vertical, ou seja, de forma que as duas equipes vão ter na sua área de abrangência um pouco da classe média e, vamos dizer, classe pauperrima, miserável... todas as duas equipes. Pra isso nós tivemos que fazer um corte vertical. (...) A própria dinâmica, o próprio usuário faz isso com a gente. Na verdade não é uma divisão geográfica pura, a gente não faz essa divisão, entendeu? Tipo assim, como é que a gente vai territorializar? Três Moinhos tá aqui pertinho, então tá próximo... você tem que ver o caminho que o usuário faz, ele começa a reivindicar... por exemplo, uma parte do Três Moinhos pegava lá no alto da torre, então, tava lá com a gente, mas a unidade do Santa Rita tava assim, metros. O que que a gente teve que fazer? Esse pedaço passou pra Santa Rita, mesmo sendo um bairro... não é o mais correto você dividir um bairro, mas não tinha como, era uma mentira (Fala de Rita (nome fictício), uma assistente social em entrevista realizada em 05/07/2006).

Ambos os espaços, liso e estriado, dialogam continuamente. “É como se um espaço liso se destacasse, saísse de um espaço estriado, mas havendo uma correlação entre ambos, um retomando o outro, este atravessando aquele e, no entanto, persistindo uma diferença complexa” (DELEUZE & GUATTARRI, 2007b, p. 183). O território ao ser identificado, mapeado ou territorializado, escapa à mudança do social quando tenta-

se apreender o momento, num jogo de confluência entre liso e estriado. Um sempre dando lugar ao outro. Quando conseguimos territorializar logo opera-se a mudança social para desterritorializar o que foi delimitado. Na lógica de territorialização dos bairros, na qual opera a Estratégia de Saúde da Família, o território sofre um enquadramento. Cada comunidade é vista como isolada em si mesma e não em redes de sociabilidade e proximidade. Somente no trabalho cotidiano dentro da UBS tal fato passa a ser percebido pelos profissionais de saúde. Temos um caso de duas UBS's, localizadas na área rural da cidade de Juiz de Fora, que apresentam uma particularidade devido a uma demanda posta pela própria rede em que circulam os usuários da ESF.

[...] aqui nós temos a equipe do bairro Igrejinha que comporta mais de uma equipe, a nossa área é de mais ou menos 2.700 pessoas e mais ou menos 1.500 que deve ter lá... porque o pedaço de lá eu não sei certo... creio que deva ser 4.000, 4.100 usuários. Então a nossa equipe trabalha com uma população de 2.700 e o bairro comporta mais de uma equipe. O bairro de Humaitá... então na verdade Vila São José e Cachoeirinha pertencem ao bairro de Igrejinha, mas não fazem parte da nossa área de abrangência, é da área de abrangência da outra equipe. Então aqui tem a comunidade de Humaitá, Vila São José e Cachoeira, só que para o pessoal de Vila São José e Cachoeira, é muito mais próximo eles virem nessa unidade do que ir na unidade de Humaitá... então quem se desloca são os profissionais que vêm para cá duas vezes por semana atender essa população de Vila São José e Cachoeirinha. Raramente eles pegam o ônibus e vão à Humaitá, mas normalmente eles são atendidos aqui..., controle de hipertensão, diabetes, são feitos nessa unidade aqui. Então têm dois dias na semana que têm duas equipes aqui. A proposta de vir para cá é uma proposta de poder estar atendendo mesmo melhor a esta parcela da comunidade, né, porque na verdade a UBS deles fica lá no Humanitá. Só que ai eles não iriam atender ninguém porque ninguém iria lá. Quer dizer..... o processo ai, numa versão anterior a esta proposta, seria ótimo, menos gente pra atender, agora em uma proposta de vigilância a saúde se perde totalmente, ou como você vai fazer vigilância a saúde, com as pessoas daqui, estando lá longe? Não tem jeito, tem que vir aqui. Então, estamos tentando trabalhar dentro desta lógica também. (Fala da enfermeira Ana (nome fictício), em entrevista realizada em 16/01/2008)

Nos dois relatos observamos o conflito que a questão da mudança social implica para a necessidade da ESF de territorializar as comunidades. Todas as comunidades são tidas como modelos ideais num sentido de não se relacionarem e não se recriarem. Toda orientação dada para a formulação de ações e medidas trabalhadas nas UBS's não captam as reais necessidades, de cada comunidade, encontradas na prática do trabalho da ESF.

Como pesquisadora neste trabalho, vejo-me imbuída em uma interpretação aproximada do campo ao qual descrevo. Neste sentido, minha tentativa é apreender, sob meu próprio olhar, as formas simbólicas e tentar traduzi-las, também em meus próprios termos, aos leitores deste texto. E foi na observação dos dados que encontrei “os modelos de organização social do tipo ideal” que Leach (1995) define a partir de sua análise sobre a sociedade kachin.

Ao tomar os modelos de organização social como ideais, o autor faz a separação entre ordem ordinária e ordem extraordinária. A mudança social ocorre, mas como pesquisadores somos incapazes de analisar as sociedades e suas mudanças em tempo real, porque a continuidade da mudança é sempre presente. Dessa maneira os modelos ideais ainda são os instrumentos que a antropologia detém para realizar suas pesquisas. O lócus privilegiado para percebermos “o antes e o depois” está na expressão ritual, enquanto uma expressão que representa a própria ordem ideal do que seriam as perfeitas relações dentro de cada sociedade.

O ritual representa uma versão ideal da estrutura social, é um modelo, de equilíbrio, de como é a organização social, mas um modelo lembrado, que não regulamenta as ações da vida cotidiana. Leach acredita que a solidariedade existe no momento da celebração do rito, “Por trás do ritual havia não a estrutura política de um verdadeiro Estado, mas a estrutura 'como se' de um Estado ideal” (LEACH, 1995, p. 323). É preciso distinguir entre o estado ideal e aquele que realmente organiza a vida social ordinária.

Dessa forma, arrisco-me, novamente, a dizer que as ações formuladas pela ESF são rituais no sentido de reorganizar o não mais organizável. Dito de outra maneira, a territorialização das comunidades é um requisito para as visitas domiciliares e para os grupos educativos acontecerem, sua função é uma função simbólica de tentar estruturar a antiestrutura imposta pela nova prática do cuidado preconizada pela ESF. Aqui retomo a “tensão estruturante” (BONET, 2004) entre o saber médico e a medicina de caráter holístico.

A gente tem sempre um investimento bem maior no terceiro nível que é o hospitalar... muito mais que na atenção básica. Então, por exemplo, as ações que a gente faz hoje de promoção de saúde como as oficinas de artesanato, ainda incomodam profundamente... nós nunca tivemos apoio em relação a isso e ainda temos que lutar para conseguir fazer, porque as pessoas na verdade tem muito isso na retórica mas não acreditam em uma atividade de promoção de saúde.

Quando eu sento para discutir sobre saneamento básico da comunidade, sentar junto com ela, discutir e buscar soluções para isso, essas ações não têm o menor valor institucional. Então na verdade é uma coisa muito teórica, “nós queremos, nós acreditamos no SUS, acreditamos nas leis orgânicas”, é uma coisa ainda muito teórica. Então a credibilidade disso ainda é muito pequena (Fala da enfermeira Ana (nome fictício), em entrevista concedida em 06/04/2006.).

Os entraves encontrados em cada área são encobertos pelos grupos educativos, que na verdade são grupos que têm seu foco em problemas específicos da área biomédica.

[...] eu acho que tem n ações, por exemplo, violência contra a mulher... gente, isso aí tá na cara da gente, as mulheres tão chegando roxas na unidade pra consultar... não pode fazer preventivo porque o marido não pode ficar um dia sem transar... ah, não posso fazer preventivo, meu marido não permite... então nós temos violência contra a mulher das mais diversas formas e quem tá pondo o dedo nessa ferida? Nós temos violência contra a criança... teve um seminário aí semana passada, e quem tá pondo a mão nessa ferida? Isso é só pra te mostrar ações que não tem haver com doença, mas que tão aí batendo na porta das equipes, gritando por uma ajuda e a gente não tá dando conta de trabalhar. Isso é só um pouco, tá, eu posso listar um monte pra você. Têm as mulheres do climatério e a gente não consegue fazer um grupo direito, tão tudo achando que tão ficando doida... quando eu faço o grupo com elas, elas saem daqui rindo vendo que a vida não acabou por causa da menopausa. São coisas tão simples que muitas vezes a gente não consegue implementar... fica grupo de hipertensos, grupo de diabetes, grupos de obeso, grupos... entendeu?... só os mesmos grupinhos de sempre... você vai pra não sei onde e é grupo de hipertenso... será que o único problema nessa comunidade é hipertensão e diabetes?... cê vai em tudo quanto é unidade e nem que for um grupinho básico de hipertenso, de diabético... essa história de você ficar montando grupo por doença, a gente tem romper essa cultura, sabe?... uma vez nós montamos um grupo aqui e as mulheres que deram o nome "Terapia do Amor"... o que que é?, o grupo é de que?... o grupo é de mulheres... pra que?... pra discutir a vida delas, entendeu?... por que que tem que ser... uma vez uma mulher falou comigo, eu acho que falei isso até no introdutório, ela me procurou... eu fiz um grupo de climatério e tava fazendo a apresentação das mulheres... e a senhora, quantos anos?... sessenta e nove, setenta, sei lá... um grupo de menopausa e uma mulher de setenta anos, porque ela tava?... porque não tinha onde ela se encaixar, não tinha um outro grupo pra ela, ela não ia participar dos direitos reprodutivos porque ela já não tá mais em idade fértil, do desnutrido... ela não tem filho desnutrido, do hipertenso ela não é, do diabético ela não é... sobrou só o climatério pra ela, entendeu? Então o que que isso sinaliza pra gente? Que nós não estamos indo ao encontro das reais necessidades daquela população, nós estamos baseando nossos grupos em dados nacionais, estaduais, municipais, mas será que isso é a maior necessidade?...

que a população, 80% da população tem hipertensão e precisa ser tratada porque é uma doença que mata... eu quero saber é o seguinte, essa é a maior necessidade da comunidade nesse momento?... talvez você consiga trabalhar a questão da hipertensão por outras vias.” (Fala da assistente social Rita (nome fictício), em entrevista concedida em 05/07/2006).

Podemos compreender, a partir desse relato, os anseios sentidos pelos profissionais quando se vêem além dos problemas estritamente biomédicos. O vínculo entre usuário e UBS é restringido na prática por uma doença física, e as ações de promoção à saúde sucumbem a atenção do corpo enquanto um depositário da doença.

Você imagina um hipertenso que toda semana tem um grupo e nequinho te falando de hipertensão, eu odiaria... porque na verdade se você tem a lógica de estar vendo... ele não é para mim um hipertenso, ele é o Seu Zé que tem hipertensão, mas ele é o Seu Zé antes de ter hipertensão, porque tem milhões de outras coisas... então tem que trabalhar não só a questão da hipertensão... por acaso ele é hipertenso, outro é diabético, a outra tá grávida, então para a gente são coisas meio que iguais... então se você trabalha um grupo de hipertensão, é extremamente enfadonho, eu já penso isso muitos anos da minha vida... eu particularmente. Então tem-se feito alguns trabalhos específicos com grupos, mas a maioria são trabalhos com grupos da comunidade e não especificamente com grupos de doença específicas.” (Fala da enfermeira Ana (nome fictício), sobre os grupos educativos na UBS em que atua, em entrevista concedida em 06/04/2006).

A mudança social no caso na ESF requer uma mudança de paradigma da própria estratégia. Como vimos no primeiro capítulo, a comunicação é a chave para uma nova cultura do atendimento, entretanto ela não é colocada em conexão com o próprio sistema de saúde. Os agentes sociais envolvidos nos feixes de relações estabelecidas dentro e fora das Unidades Básicas de Saúde são vistos a partir de uma só posição, ou são profissionais de saúde ou usuários do PSF. Porém todos esses agentes interagem em diferentes redes de relacionamento. Quando citamos a humanização do atendimento e os três campos de entendimento¹⁸ que essa *Humanização* pode ser vista, encontramos uma “comunicação prática” entre todas as partes envolvidas. O processo comunicativo indicado pela política de saúde *Humaniza SUS* é recriado pelos agentes envolvidos nas ações práticas de saúde. Não podemos definir como é essa comunicação porque os sentimentos envolvidos, o jogo de posição e as experiências fazem com que uma

¹⁸ Relembro novamente a confluência entre “tecnologia e “fator humano e de relacionamento” (DESLANDES, 2004: 10).

possível lógica estrutural dê lugar a uma lógica relacional de um processo rizomático ou de desterritorialização¹⁹ de regras.

[...] o rizoma conecta um ponto qualquer com outro ponto qualquer e cada um de seus traços não remete necessariamente a traços de mesma natureza; ele põe em jogo regimes de signos muito diferentes, inclusive estados de não-signos. O rizoma não se deixa reconduzir nem ao Uno nem ao múltiplo. Ele não é o Uno que se torna dois, nem mesmo que se tornaria diretamente três, quatro ou cinco etc. Ele não é um múltiplo que deriva do Uno, nem ao qual o Uno se acrescentaria (n+1). Ele não é feito de unidades, mas de dimensões, ou antes de direções movediças. Ele não tem começo nem fim, mas sempre um meio pelo qual ele cresce e transborda. [...] Oposto a uma estrutura, que se define por um conjunto de pontos e posições, por correlações binárias entre esses pontos e relações biunívocas entre estas posições, o rizoma é feito somente de linhas: linhas de segmentariedade, de estratificação, como dimensões, mas também linha de fuga ou de desterritorialização como dimensão máxima segundo a qual, em seguindo-a, a multiplicidade se metamorfoseia, mudando de natureza (DELEUZE; GUATTARI, 2007a, p. 32).

O quero dizer é que não somente os agentes podem agenciar suas ações escapando ao que é preconizado pelos sistemas de saúde, mas o próprio processo de se relacionar possibilita um feixe de afetações não reconhecido pelo mesmo sistema de saúde. E aqui novamente recaímos na “tensão estruturante”, onde os dramas ritualizados põem em risco as categorias objetivas da biomedicina, em que

esse “teatro” tem um caráter especial, porque a obra que nele se “vive” está inscrita pela metade, incompleta, razão pela qual necessariamente, as pessoas têm de “improvisar” sua interpretação. É esta obra incompleta, esta interpretação improvisada, que permite a elas criar e ressignificar a parte ‘escrita’ da obra dada pelo saber médico, o que leva a pensar que esses “dramas ritualizados” não entram em jogo atores que cumprem um papel prescrito, mas sim “agentes” que improvisam de acordo com umas poucas linhas dadas na obra e de acordo com suas trajetórias pessoais como “vivem” o drama (BONET, 2004, p. 48).

Ao concebermos o constante processo de mudança que acompanha todas as sociedades percebemos que a noção de instabilidade é insuficiente para apreendermos a própria noção do “outro”. Este, como nós, não separa os diferentes eventos que presença e vive em sua vida. Como pessoas envoltas no social, nós pesquisadores, não

¹⁹ Penso aqui nos conceitos de territorialização e desterritorialização formulados por Deleuze e Guattari (2007a) que não dizem respeito apenas ao território enquanto um fato geográfico.

dividimos nossas vidas em antes e depois, mas a percebemos como um fluxo de acontecimentos interligados, assim como “eles”. A mudança é uma mudança estável que pode ser apreendida a partir do aspecto comunicativo. Se neste trabalho dissemos que os eventos só vêm a estrutura-se na medida em que os dotamos de ordem, ou sentido, assim o é também com as práticas ritualizadas e as categorias verbais usadas pelos sujeitos para interpretá-las. Sahlins (1990) nos diz que nas diversas relações estabelecidas na experiência social as categorias são transformadas quando colocadas diante do campo de ação, diante da própria esfera da relação social.

A experiência social humana consiste da apropriação de objetos de percepção por conceitos gerais: uma ordenação de homens e dos objetos de sua existência que nunca será a única é possível, mas acredito que, nesse sentido, é arbitrária e histórica. A segunda proposição é de que o uso de conceitos convencionais em contextos empíricos sujeita os significados culturais a reavaliações práticas. As categorias tradicionais, quando levadas a agir sobre um mundo com razões próprias, um mundo que é por si mesmo potencialmente refratário são transformadas. Pois, assim como o mundo pode escapar facilmente dos esquemas interpretativos de um dado grupo humano, nada pode garantir que sujeitos inteligentes e motivados, com interesses e biografias sociais diversas, utilizarão as categorias existentes das maneiras prescritas. Chamo essa contingência dupla de o risco das categorias na ação (SAHLINS, 1990, p. 182).

4.4 O discurso na estruturação ritual

Tambiah (1985) procura desenvolver um estudo sobre a linguagem nos rituais. A magia não se diferencia da linguagem usual, mas, é uma forma estendida da mesma. As associações, como metáforas e metonímias, lembrando Lévi-Strauss, usadas na linguagem ordinária, também são encontradas na magia, fato demonstrado com uma reanálise da etnografia malinowskiana sobre a sociedade Trobriandesa. Seu argumento indica que a noção ortodoxa de ritual põe em descrédito o aspecto do discurso envolvido nos ritos, em uma leitura redutora do ritual enquanto um conjunto de atos (TAMBIAH, 1985, p. 17). Nesse sentido, as palavras e o ritual não podem ser tratadas como uma categoria indiferenciada, ambos estão fortemente entrelaçados. A linguagem possui a propriedade de ser uma realidade histórica que ultrapassa a experiência de toda e qualquer pessoa em particular e de ser, ao mesmo tempo, algo constituinte tanto da nossa subjetividade quanto da nossa relação com o mundo.

O autor afirma que existe uma variação entre as diferentes formas de ritual quanto à razão entre palavras e ações empregadas. Embora essas variações possam sugerir que as palavras compõem um elemento do ritual apenas tão importante quanto outras “espécies de atos rituais”, elas, as palavras, constituem um elemento estrutural do ritual. A eficácia do rito é deslumbrada quando os informantes nos indicam que o poder está nas palavras e, “ainda que as palavras só se tornam efetivas quando expressadas no contexto específico de outras ações” (TAMBIAH, 1985, p. 18).

O problema debatido por Tambiah é solucionado quando deixamos de classificar as falas do outro como preces, rezas ou cantos, e passamos a reconhecer as palavras como o outro as reconhecem. Nesse sentido podemos conceber as palavras no ritual não apenas como elementos de uma repetição obsessiva, mas estabelecendo a inteligibilidade do próprio ritual para os agentes envolvidos. A linguagem pronunciada durante o rito é compreendida porque é dita por quem tem a legitimidade de dizê-la. Nesse ponto chegamos ao pronunciamento das palavras num ritual no que se refere às esferas sagrada e profana. Ambas não se distinguem por terem cada uma um discurso lógico interno, a linguagem é a própria linguagem cotidiana. Mas a maneira como se pronuncia, os instrumentos que compõem a ação e quem diz as palavras torna inteligível o próprio momento da ação ritual.

Ritual, é, então, segundo Tambiah (1985)

Ritual is a culturally constructed system of symbolic communication. It is constituted of patterned and ordered sequences of words and acts, often expressed in multiple media, whose content and arrangement are characterized in varying degree by formality (conventionality), stereotypy (rigidity), condensation (fusion), and redundancy (repetition). Ritual action in its constitutive features is performative, wherein saying something is also doing something as a conventional act; in the quite different sense of a staged performance that uses multiple media by which the participants experience the event intensively; and in the sense of indexical values – I derive this concept from Peirce – being attached to and inferred by actors during the performance (p. 128).

Os ritos são, então, sistemas culturais construídos e embasados na comunicação simbólica, socialmente eficazes, são ações correspondentes e derivantes de um sistema de idéias. Para Tambiah (1985), a eficácia do ritual deriva de seu caráter performativo em três níveis: dizer é fazer; uma performance utiliza diferentes recursos comunicacionais por onde a experiência do evento é vivida intensamente pelos

participantes; e, por fim, os valores sociais são recriados e inferidos pelos atores durante a performance. Em outras palavras, os rituais partilham alguns traços formais e padronizados, mas estes são variáveis, fundados em construtos ideológicos particulares. Assim, o vínculo entre forma e conteúdo torna-se essencial à eficácia e as considerações culturais integram-se, implicadas, na forma que o ritual assume.

Nessa perspectiva em que a linguagem torna-se uma categoria entrelaçada à ação ritual, também podemos tomá-la como de fundamental importância para a ESF, apóio-me na justificativa de minha análise. Como possuidora de uma realidade histórica, que abarca nossa subjetividade e nossa relação com o mundo, preoquei-me não só com “o que eles fazem”, mas também “sobre o que dizem que fazem”. E quando me pus a ouvir foi que percebi que os agentes me diziam coisas distintas sobre o mesmo momento.

Na Estratégia de Saúde da Família o “fator humano” é o campo estratégico para uma nova prática do *cuidado*, e é nisso que consiste as “tecnologias leves”. A conversa, a escuta, um abraço, o conhecimento sobre o cotidiano do outro, o acolhimento, o *cuidado*, constituem tais tecnologias. Como nos foi indicado, não basta equipamentos modernos para o aprimoramento do atendimento sem uma nova cultura da assistência à saúde. Vários recursos são mobilizados pela ESF para aproximar profissionais e usuários da estratégia, como a visita domiciliar e os grupos educativos.

Em uma ida a um desses grupos, que fora realizado em um salão da igreja católica, perguntamos a uma mulher que estava do lado de fora do salão, ainda fechado, se seria naquele local o grupo de hipertensos. Ela nos respondeu que não, ali iria ocorrer consultas com os hipertensos da região delimitada para a equipe de saúde. Consultas para “pegar a receita do remédio”, só distribuídos na farmácia do posto de saúde para quem participa desses grupos. Entretanto a médica²⁰ que nos informou sobre o grupo

²⁰ Em uma reunião da equipe de profissionais também é usado o termo “consulta” para se referir ao grupo educativo para os hipertensos.

Bom o grupo de hipertensos né, ontem nós fizemos um grupo na área da B. e têm alguns dados produtivos que eu acho assim, a maioria dos hipertensos que a gente tem feito tem ficando... eu pedi pra que a gente fizesse um grupo de 15 pessoas, mas na verdade tem até mais foram 22 pessoas que vieram no grupo né, e a gente vai ter que talvez barrar isto um pouquinho porque na hora de marcar este retorno fica um número muito grande e fica difícil de fazer uma palestra as pessoas dispersam lá é um lugar meio barulhento né na Igreja fica difícil da gente ta trabalhando vamos ver Vera se agente consegue dividir esse seu grupo da próxima vez, e a gente dividindo e que venha só 15, porque, por exemplo... Porque os 15 que eu marquei ontem eu levei prontuário, as pessoas trouxeram a receita direitinho os que vieram

havia nos dito que aquele seria um espaço de conversas sobre a doença em foco com vistas a uma melhor qualidade de vida para os portadores. Os profissionais nos diziam que o grupo representava um meio de conversas com os usuários, um meio para a promoção da qualidade de vida. A doença seria discutida, mas também, a maneira como se viver bem com ela.

Aqui retomamos o papel do símbolo discutido por Turner (2005). Ele percebe que

não conseguiria analisar símbolos rituais sem estudá-los numa série temporal em relação com outros 'eventos', pois os símbolos estão essencialmente envolvidos com o processo social. (...) Desse ponto de vista, o símbolo ritual transforma-se em um fator de ação social, em uma força produtiva num campo de atividade. O símbolo vem a associar-se com os interesses, propósitos, fins e meios humanos, quer sejam estes explicitamente formulados, quer tenham de ser inferidos a partir do comportamento observado. A estrutura e as propriedades de um símbolo são as de uma entidade dinâmica, ao menos dentro do seu contexto de ação apropriado (p. 49-50).

Assim, podemos compreender que os símbolos interferem no momento presente, havendo a possibilidade de transformarem situações.

A receita médica torna-se o símbolo maior dos grupos educativos voltados para os hipertensos. Enquanto ela é uma ferramenta para os profissionais atraírem os usuários, para estes ela torna-se o fim último de sua presença em tais grupos. Digo isso ao lembrar minha ida a esses grupos. No caso específico desta usuária o grupo de hipertensos realizou-se no salão de uma igreja católica. Havíamos chegado um pouco mais cedo do que na hora marcada e começamos a conversar com os usuários, foi quando obtivemos a resposta de que ali ocorreria uma consulta. Quando a equipe de profissionais²¹ chegou ao salão todos os usuários presentes entraram e se sentaram em círculo. A maioria eram pessoas já idosas. Enquanto a médica ficava no centro do círculo conversando com os usuários o restante da equipe estava em duas mesas conferindo os protocolos de cada paciente. A médica perguntou como estava a pressão arterial de cada usuário e logo depois começou uma exposição sobre como amenizar os efeitos da doença, ou como conviver com a hipertensão de uma maneira saudável,

sem marcar não trouxeram receita não sabiam informar o quê que estava usando, fica uma consulta perdida, porque a pessoa chega lá ah eu quero medir a pressão, às vezes ta alta, e o quê que você ta usando, ah num lembro, não sei, eu to sem o prontuário[...]

²¹ Nesta reunião estavam presentes a médica, a enfermeira e a auxiliar de enfermagem.

dizendo-lhes sobre como deveriam se alimentar e a importância de uma atividade física. Durante essa exposição percebemos várias conversas entre usuários que não diziam respeito àquele momento.

Após a fala da médica, que se uniu ao restante da equipe, os usuários foram chamados um a um para fazerem a medição da pressão. Enquanto a médica conferia a pressão, a auxiliar de enfermagem a anotava no prontuário de cada usuário e a enfermeira escrevia as receitas médicas. Com o término da medição a médica se coloca a assinar todas as receitas e chama novamente os usuários para recebê-las. Somente assim, os remédios poderiam ser retirados na Unidade Básica de Saúde. Neste caso a receita médica assume o símbolo dominante no grupo de hipertensão e ela é resignificada pelos usuários devido as suas experiências anteriores. Para a equipe de saúde ela pode ser vista como instrumento para a realização dos grupos, entretanto para os agentes/usuários ela está ligada a hipertensão, ela está ligada a consulta e ao próprio remédio de que necessitam. A receita médica assume o papel da motivação. Wagner (2001), nos diz

that all meaningful symbolizations compel the innovative and expressive force of tropes, or metaphors, because even conventional (referential) symbols, which we do not ordinarily think of as metaphors, have the effect of "innovating upon" (i.e., "being reflexively motivated as against") the extensions of their significances into other areas (p. 7-8).

Podemos inferir, aqui, que os símbolos são metáforas repensadas e que podem motivar as extensões de seus significados. A invenção da cultura, nesses termos, seria a resignificação dada aos conceitos operados pelos agentes na medição das experiências vividas. As pessoas e os símbolos se inserem na cultura, porém os sujeitos têm o poder de resignificar essa própria cultura e seus símbolos através de suas vivências particulares.

A ação simbólica é um composto duplo, constituído por um passado inescapável porque os conceitos através dos quais a experiência é organizada e comunicada procedem do esquema cultural preexistente. É um presente irreduzível por causa da singularidade do mundo em cada ação: a diferença heraclitiana entre a experiência única do rio (ou *fleuve*) e seu nome. A diferença reside na irreduzibilidade dos atores específicos e de seus conceitos empíricos que nunca são precisamente iguais a outros atores ou a outras situações – nunca é possível entrar no mesmo rio duas vezes. As pessoas, enquanto responsáveis por seus próprios conceitos, isto é, tomam a

responsabilidade pelo que sua própria cultura possa ter feito com elas. Porque, se sempre há um passado no presente, um sistema a priori de interpretação, há também ‘uma vida que se deseja a si mesma’ (como diria Nietzsche) (SAHLINS, 1990, p. 189).

A mediação enquanto um resultado de projetos pessoais, ou de vivências particulares, tem íntima relação com a forma de “estar no mundo”. Somente com a “corporificação” (CSORDAS, 2002a) das experiências passadas damos um significado às ações presentes. E neste ponto encontramos as diversas tensões já descritas nesse trabalho entre o saber médico e a prática da medicina holística, aonde a doença vai além de um corpo biológico e passa a ser vista também como uma doença social. Mas há ainda a possibilidade de vislumbramos outros tipos de tensão envolvendo a prática do cuidado. Encontramos alguns casos de usuários que fogem a experiência terapêutica da biomedicina.

Vejamos o caso de uma mãe de santo hipertensa nos falando sobre o uso de remédios, e sua ida ao grupo educativo. Ela nos diz que seu guia receita várias fórmulas para a resolução de problemas.

Se você tem um problema de conjuntivite, o médico vai te receitar o que pra você por na conjuntivite? (...) Eu já ponho assim soco uma arruda bem socada ponho açúcar põe no sereno e depois no outro dia cõa aquilo lá, com a água filtradinha e depois vou pingar. Do dia pro outro já acaba. O guia receita. Uma, por exemplo, transage. Transage é um antibiótico, então se você tem um problema, um mioma entendeu, ou tem uma coisa qualquer por dentro então ele vai te receitar aquilo, é transage você vai tomar é ótimo. Algodão é pra ovário da mulher pra tirar inflamações por dentro. Chá de algodão, transage, azedinho do brejo, congonhas já é pros rins, entendeu marmelim já é pros rins, entendeu, é... capim gordura já é pros ossos artrite, reumatismo, entendeu amburama, então tem as garrafadas que você faz, de amburama, sucupira, raiz de sapé, é... capim gordura entendeu tudo dentro de uma garrafada com vinho próprio você toma pra artrite, pras junta (Entrevista realizada com Dona M (nome fictício), em 08/10/2008).

Logo após lhe perguntamos se ela só toma os chás ou se faz uso de remédios alopáticos também. Como resposta ela nos indica que só toma o que for receitado pelo seu guia, “*não, não precisa, você vai tomar só isso*”. Logo após retrucamos, lhe perguntando como ela faz se o médico lhe receitar algo. Dona M. nos diz que “*ai é problema seu ai com o médico [...], vou tomar o que a minha entidade mandou*”.

Novamente lhe perguntamos se ela não toma remédio e nos explica que “*não vou tomar porque a erva cura, tem erva que cura e tem erva que mata*”.

Dona M. pertence à área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde e é cadastrada como usuária da Estratégia de Saúde da Família, conhecíamos a equipe responsável por sua área. Assim, lhe indagamos se sua médica lhe receitasse algo o que ela faria. “*Não. Se ela fala que eu tenho que tomar, eu não vou tomar, mas eu vou fazer o remédio que meu guia receitou*”. Perguntamos em seguida se ela utiliza a prescrição do guia em conjunto com o remédio receitado pela médica, e ela nos diz que não gosta e nos dá o exemplo de como lida com sua hipertensão arterial.

Oh eu tenho problema assim de pressão né, de pressão alta, é dezesseis porque a minha entidade bebe dois, três litro de cachaça. [...] Segunda e sexta. E rasga mesmo. [...] Eu não sinto nada não, só mesmo coisa, me alimento bem trabalho o dia inteiro que eu adoro limpar.

Ela também nos falou que vai aos grupos educativos para os hipertensos, entretanto nos dá um motivo além da receita médica. “*Eu vou, porque se não vai falar assim: poxa a Dona M. não aparece aqui hein. Vou lá bato papo, converso [...]*”. Sobre os remédios que só podem ser adquiridos no posto após a presença em tais grupos, ela nos diz que os dá para outras pessoas.

Tomo uma vez na vida outra na morte, tomo um chazinho. [...] Pra pressão um chá de alpiste, um chá de maracujá, eu vou enfiar no remédio de droga, por exemplo, ah você não tá dormindo então eu tomo um chazinho do mato, pra mim tranquilizar porque se eu for tomar o corpo acostuma com aquilo a mesma coisa é um viciado na cachaça.

No caso de Dona M. o uso do remédio é resignificado pela sua experiência religiosa. Sua vida como mãe de santo a coloca em situações em que seu corpo é experimentado em outro ponto de vista. A representação de sua enfermidade perpassa a incorporação de seu corpo pelo seu guia, e a mediação passa pela convenção de sua crença. O mesmo acontece com nós, pesquisadores.

An anthropologist experiences, in one way or another, the subject of his study; he does so through the world of his own meanings, and then uses this meaningful experience to communicate an understanding to those of his own culture. He can only communicate this understanding

if his account makes sense in the terms of his culture. (WAGNER, 2001, p. 13).

As categorias sociais utilizadas na análise do mundo vivido são colocadas em combinação com o já experimentado e, nessa relação, novos significados para as ações são construídos, assim acontece também com os símbolos.

Em outra Unidade Básica de Saúde tive uma experiência interessante no grupo SADE. Tínhamos marcado uma entrevista pela manhã com a enfermeira de uma das equipes desta UBS. Ao chegarmos acontecia o grupo de puericultura, então tivemos que esperar seu fim para iniciarmos a entrevista, pois a enfermeira era a responsável. Ficamos dentro do salão onde ocorria o grupo. Havia muitas crianças e mães. Neste grupo a pesagem das crianças é o objetivo principal para conter a desnutrição nas áreas carentes da cidade, sendo distribuídos dois quilos de leite em pó para cada criança e um quilo para as mulheres grávidas. Em certo momento uma mãe chega com seu filho, já durante o final do grupo, pedindo sua cota de leite. A enfermeira olha nas suas fichas de cadastro dos usuários e percebe que a mãe não compareceu no mês anterior para a pesagem de seu filho, o que a impossibilitaria de receber o leite. O leite só é distribuído a que fez a pesagem no mês precedente ao grupo.

Tive a oportunidade de participar de uma reunião da equipe de profissionais em uma UBS, dentre os muitos assuntos discutidos o SADE foi um deles. A equipe reclamava da baixa frequência de crianças no grupo. Como a prefeitura não mandava os pacotes de leite para a UBS, esta não poderia distribuir para as crianças das áreas adscritas. Nas consultas as crianças passam por pesagem e medições de altura para verificar se são ou não desnutridas e daí encaminhadas para o SADE onde recebem o leite mensalmente. Em oito consultas marcadas para crianças participantes do SADE apenas duas compareceram. Nessa discussão o médico disse sobre as mães: “a saúde de seu filho depende do leite, né... então ta bom...”.

Nos dois casos vemos que os pacotes de leite distribuídos nos grupos de SADE tornam-se a motivação para que as mães levem seus filhos. Ainda sobre o grupo de SADE temos a fala de uma médica.

[...] É igual o SADE, uma coisa que eu questiono muito. Pra quê fazer grupo de desnutrido, se você não usa? Não que não seja válido... claro, essa criança tem que ter um acompanhamento. Mas é um grupo que nunca vai melhorar, porque eles não têm o que comer em casa. Se não é uma dessa Bolsa-escola, da vida, que ajuda uma parte... Mas

a gente questiona se ajuda realmente à quem precisa. Que agente vê que muita gente que precisa tá de fora, né... desses programas sociais. Você vê que é... algumas ações que você faz ali dentro não têm retorno. E justamente, uma delas é essa da criança desnutrida. Se você não entrar com óleo... não entrar com alimentação, não tem remedinho, vitamininha, coisinha que você passe, que vai mudar a estrutura dessa criança. Ela vai ser uma criança que vai ter dificuldade no colégio, vai ser uma criança magra... não tem o que comer. Então, ela ganha remédio porque remédio pesa. Passa a vitamina que você já sabe que a mãe não tem dinheiro pra comprar e você sabe que a vitamina não vai substituir uma alimentação bem feita, né... com cuidado. Então, tem que certos programas dentro do PSF, que eu fico questionando, né por que que eles foram criados... pra descobrir... tem tantos desnutridos[...] [Entrevista realizada com Helaine (nome fictício), em 20/05/2000].

A “tensão estruturante” (BONET, 2004) entre a biomedicina e a medicina totalizante permanece nesses casos. O problema que a doença social coloca aos profissionais ainda é um entrave nas execuções dos programas destinados à ESF. O leite como o mediador entre UBS e usuário é visto de distintas perspectivas, até mesmo pelos profissionais. Enquanto uma médica se questiona sobre a condição sócio-econômica dos moradores de sua área, outro médico assume uma postura um pouco mais distante da realidade de sua área.

O relato desses acontecimentos nos indica a ritualização dessas práticas e ações, que têm como ponto de partida a aproximação entre usuários e ESF. A ritualização do *cuidado*, vista no sentido de uma “rotinização” e “formalização” do trabalho, nos coloca o problema dos significados que as ações assumem para os agentes envolvidos. As UBS’s são atravessadas por práticas que não apenas correspondem a equipe e aos pacientes. Vários mediadores são utilizados durante as relações, mediadores humanos e não humanos como disse Latour (2005). As experiências religiosas, as outras esferas da vida ordinária como o emprego e as interações promovidas nesse meio, o próprio maquinário utilizado em um exame altera os significados que os agentes imputam ao que lhes acontece.

Na mesma reunião que relatei acima um caso específico foi debatido pela equipe de saúde. Referia-se a um usuário acamado. No período de três meses foram feitas três visitas domiciliares, dessas duas realizadas pelo médico e uma visita realizada pela enfermeira. Começam a discutir o problema desse homem. Para os profissionais o problema residia na sua esposa, D. Ana, que segundo eles reclamava de tudo. O médico disse que em todas as vezes que o visitou sempre estava muito bem, nunca deitado e

sempre bem disposto. Mas o engraçado, segundo o médico, era que diziam que o senhor piorava no dia anterior ou no dia seguinte a visita. “*Ele está carente*”, disse o médico. Nesse momento todas concordaram. Uma ACS começou a falar com a estagiária de serviço social sobre o relacionamento desse casal com seus filhos, disse que eles fizeram muito mal para os filhos enquanto crianças e que agora estão pagando, ainda disse que “*o inferno é aqui, aqui se faz, aqui se paga*”. Já o médico disse que o usuário “*vai ficar mal acostumado*”, se referindo às visitas.

A ruptura entre prática e teoria nos permite repensar os conceitos utilizados para darmos um significado à ação. A experiência relacional, e até mesmo emotiva, nos dá um alargamento de nossas próprias “noções culturais”. O conhecimento herdado das relações vividas resulta num campo do saber operado para compreendermos o presente, o que não indica que congelemos nossa maneira de vermos o mundo. É o contrário que ocorre. A diferença entre as interpretações ocorre, poderíamos dizer assim, pelos estilos de criatividade (WAGNER, 2001), ou estilos de compreensão, do que está posto na interação. Aqui temos a fala do ouvidor de saúde sobre a concepção da ESF sobre o agente comunitário de saúde ser um elo entre UBS e comunidade, entretanto a prática se mostra destoante, em sua perspectiva.

Agora por que que tem esse negócio do agente morar na comunidade? Atrás disso existe uma filosofia teórica, que na prática não corresponde. Pretendeu-se com o Programa Saúde da Família fazer uma inversão de modelo. A Constituição quando fala da saúde diz “prevenção sem prejuízo da medicina curativa”, é mais ou menos isso... então, a filosofia do Programa era investir no indivíduo como um todo, na família como um todo, na mudança de hábitos, de hábitos no que tange a higiene pessoal, a destinação correta do lixo, dos dejetos humanos... E aí, o que que se pensava? Se o médico a princípio, nasceu na família contemplada com recursos, rica ou bem situada economicamente... o médico que sempre viveu no centro da cidade e chega lá no cara do bairro, fulano você não deve fazer isso não porquê isso faz mal para a saúde, a possibilidade de credibilidade é menor que a dos agentes de saúde. (...) Então o que que acontece? Se o agente de saúde que joga pelada no fim de semana, dança junto, bebe essas pinguinhas, essas cervejas no fim de semana, é o compadre, é a comadre que entra pela porta da cozinha e sai pela porta da sala... ele é o representante do Saúde da Família na comunidade, então dentro da comunidade ele é uma liderança comunitária... se ele chega e começa a conversar com as pessoas, ele o agente, bem capacitado, foi treinado, fez o curso, tá bem capacitado... aí ele vai chegar na comunidade com o linguajar da comunidade, falando a língua, a linguagem do povão, a possibilidade dele fazer essa inversão de modelo, é muito maior. Então a intenção é essa, mas na prática não acontece. Para acontecer, ele teria que

morar na comunidade e provar que morava, para daí ter uma inserção maior. Ao longo dos anos, isso se provou que na prática isso não ocorreu muito assim, pelo contrário, costuma o médico que não mora ali ter uma relação melhor com a comunidade, médico, enfermeiro, do que o próprio agente. Que da mesma maneira que morando na comunidade ele tem uma inserção maior, ele tem também um outro que não se simpatiza com ele... e isso gera um problema danado. Eu conheço agente de saúde que não passa na casa do vizinho que mora ao lado porquê ele tem inimizade com ele, e como é que faz?, ele tem que cobrir aquela área, ele poderia até passar como profissional da saúde, mas não tem, aí o outro agente é que tem que passar [Entrevista realizada com Rita (nome fictício), em 05/07/200].

Nossos conhecimentos são produtos de adicionamentos de outros conhecimentos e práticas, o que torna a cultura plástica e não fixa. Nesse sentido não podemos ler a cultura como um texto discursivo porque o discurso já significa algo, ele é uma prática de sentido (VIVEIROS DE CASTRO, 2002) para o antropólogo e para o “nativo”. Ambos são afetados pela relação de distintas formas. As posições assumidas pelos agentes indicam diferentes significados para as práticas. Tanto para o médico, como para o antropólogo, o usuário, e o “nativo” para o segundo, encontram-se inseridos em uma cultura na qual vivem a naturalizá-la, suas ações não são reflexivas e podem ter seus significados apreendidos e mobilizados por aqueles por estarem em uma posição que os legitima a tal feito.

Sabemos que uma visão pluralista do conceito de cultura nos permite perceber novos arranjos identitários. A cultura como um processo e um conceito construído situacionalmente inibe a tentativa de estruturar a experiência da emoção da perspectiva de um só viés. O jogo de posições assumido pelos agentes sociais na relação imediata e nas relações anteriores traz para a lógica do sentir e do experimentar um particularismo muito próprio de sentimentos e de significados aplicados à ação prática. Também isso ocorre entre o saber biomédico e a prática de uma medicina totalizante.

4.5 A experiência emocional na análise social do ritual

Do ponto de vista antropológico poderíamos reafirmar a idéia do aporte teórico do pesquisador, em conjunto com a experiência do campo, para se chegar a uma interpretação do que “eles” fazem, dizem e sentem. Mas até onde esse aporte teórico nos dá tal legitimidade? Até onde saber se nossa inserção entre “eles” realmente nos capacita a afirmar algo sobre o “outro”? Poderíamos compreender a lógica de

significados dados às experiências vistas de fora? E o mais importante, o pesquisador consegue por completo se neutralizar nas situações cotidianas do trabalho de campo para isentar seu julgamento pessoal em seu trabalho profissional?

A legitimidade da pesquisa antropológica passa pela forma como o pesquisador elabora seu texto. A “verdade científica” está na elaboração do objeto a ser estudado, está na sua definição, no seu recorte e na estrutura escrita da apresentação dos dados. O que o outro nos diz é levado aos nossos pares através de um processo de reestruturação do que foi dito, visto e feito. Traduzimos para a linguagem técnica acadêmica o que escutamos e observamos em campo. Mas como traduzir os sentimentos que não sentimos? Deveríamos não levá-los em consideração? Acredito que a simetria de posições entre pesquisador e pesquisado pode amenizar esse problema, embora fique claro que uma completa simetria seria um engano acadêmico.

Quando percebermos a emoção e o sentimento como algo presente nos eventos, fugimos da armadilha que é olhar para esses eventos como uma rotina de ordem, ou uma rotina percebida somente a partir da teoria. Ao não atentarmos para a força do sentir, reduzimos os atos a simples mecanismos técnicos²². As atividades do cotidiano estão repletas de emoções, experimentamos a todo instante e sentimos os mais variados sentimentos que não podem ser desprezados em nossas pesquisas. Na prática etnográfica o que nossos pesquisados nós dizem assume uma função de informação.

Ele se sente totalmente incapaz, né! Na hora que entra a parte social, a gente se sente sem estrutura. Porque enquanto tá a questão médica, você sabe aonde você pode trabalhar, né. Cê sabe qual remédio

²² Uma médica nos fala sobre o conhecimento que se deveria ter em relação ao usuário como um todo, não se restringindo apenas ao corpo doente.

O ideal é que o PSF tivesse... isso já foi determinado até pelo conselho de medicina e tal... que você tivesse no mínimo 15 minutos pra cada paciente. Pra que você tivesse uma abordagem daquilo que ele tá sentindo no momento, que não tem como evitar.. “Ah... eu vim por uma gripe.” Tudo bem, vamo tratar a gripe. Mas que você possa pesquisar o que tá ali, por trás, do ponto de vista médico. “Ah... fulano cê teve uma gripe? Que bom, mas me diz uma coisa, você é diabético? Tem diabético na sua família? Quanto tempo cê não faz um exame preventivo? Você tá alimentando adequadamente? Onde cê mora, sua água é tratada? Como é que é isso?” Seria ideal, você não só focalizar aquela queixa que levou o paciente a isso, mas você puxar o que tá por trás e amarrar aquele paciente, pra que ele esteja voltando. Claro... porque, às vezes, aquele paciente também é saudável, ele não tem nenhuma queixa... não tem porque você tá trabalhando essa amarração de forma mais intensa. Mas o ideal seria isso, que você fosse além da queixa que tá, naquele momento. (Entrevista realizada com Luiza, em 26/11/2008).

passar, o que você pode fazer. E muitas vezes, você é obrigado a fazer uma pesquisa social... num sentido assim... 'esse medicamento tá num preço x; o similar dele é mais barato'. Então, você acaba tendo que ver essas alternativas, pra você tá trabalhando com essa situação. E o máximo que a gente pode tá fazendo é... às vezes, você tentar através de visita domiciliar, tá modificando um pouco da vida daquela realidade. Mas é muito difícil, né... A pessoa... eu falo muito assim... da questão da violência, né... A violência é uma coisa cultural. Você não nasce sabendo lidar com armas... Quer dizer, ela tem a parte e econômica, quer dizer, ela tem uma grande parte cultural. Tem uma grande parte cultural....Tem uma grande parte da família, que cria aquele indivíduo no meio da violência, né. As mães, que criam as crianças voltadas pro... machistas, né. Muitas vezes, o menino passa a infância toda com a mãe. E por que que ele vai ter que ser machista depois? Não deixa a mulher sair de casa, não deixa a mulher se tratar? Por quê? Não é... às vezes, culpa do pai. É culpa da mãe que ficou com ele o tempo todo e que foi criada naquele esquema também. Então, a gente tenta trabalhar também esses aspectos. Mas uma coisa que assim... você não tem como intervir, gerando ... em termos de recurso... ninguém te dá apoio nenhum. Então você tem que se desdobrar, sair um pouco da sua função de médico e virar um pouco psicólogo, um pouco assistente social um pouco... né... desdobrando ali, pra ver o que é que você pode tá jogando [Fala da médica Helaine (nome fictício), sobre a questão da análise social na prática médica, em entrevista realizada em 05/03/2007].

O sentimento descrito pela médica nos indica o conflito sentido quando se depara com problemas que vão além do seu saber biomédico. As questões sociais que o profissional encontra nas áreas de abrangência da Estratégia de Saúde da Família levam os profissionais a buscarem soluções para anseios não condizentes com a técnica para se lidar com as doenças do corpo biológico. Como nos diz Favret-Saada (2001).

Quand le malheur se présente ainsi en série, le paysan adresse une double demande aux gens de savoir: demande d'interprétation, d'abord; demande thérapeutique, ensuite. Le médecin et le vétérinaire lui répondent em déniant l'existence d'une série: les maladies, les morts et les pannes ne s'expliquent pas avec les mêmes raisons, ne se soignent pas avec les mêmes remèdes. Dépositaires d'un savoir objectif sur le corps, ils prétendent éliminer séparément les causes du malheur: désinfectez donc l'étable, vaccinez vos vaches, adressez votre femme à un gynécologue, donnez um lait moins gras à votre enfant, buvez moins d'alcool.... Mais, quelle que soit l'efficacité du traitement au coup par coup, elle est incomplète aux yeux de certains paysans, car elle affecte la cause et non l'origine de leurs maux (p. 20-21).

Ao atentar para a importância do sentir podemos combinar a ligação dos mais diferentes eventos e percebê-los como um infinito de ações que não apresenta ruptura para quem vive e realiza tais ações. O ritual posto como um evento no tempo e no espaço não capta sua ligação com o cotidiano, mas o separa como um momento sublime da experiência. A ruptura está posta por “nós” e não por “eles”. O resultado dessa separação é o esquecimento do sentir no ritual. O rito não é um processo autônomo, ele está interligado ao antes e ao depois de sua feição. Como nos diz Rosaldo “los rituales sirven como vehículos para procesos que ocurren tanto antes como después del periodo de su realización”. O ritual é um processo humano em aberto, é uma “intersección transitada” (1989, p. 30-31).

As visitas domiciliares são preconizadas dentro da lógica interna da ESF. Realizadas principalmente pelos agentes comunitários de saúde (ACS), constituem a proximidade entre as famílias, ou a comunidade, e as UBS's. O tempo entre uma visita e outra na casa das famílias é de um mês, ou pelo menos deveria ser. Os ACS são tidos como os mediadores entre comunidade e o sistema de saúde²³. Por serem os únicos profissionais das equipes a residir em seus bairros de trabalho são o elo entre o saber local e o saber médico, entretanto existem muitas equipes que não têm ACS em sua formação, ou que os agentes comunitários de saúde não são vistos como membros das equipes, por exemplo²⁴. Poderíamos pensar a partir desse prisma que as visitas são tidas como importantes para esses profissionais, assim como o é para a ESF.

Falta quem domina ver o que se passa no dia a dia, sabe? É aquela coisa, só fica no gabinete, entendeu? [...] Só sabe chegar e falar faz assim, assim e assim, entendeu? Não te pergunta o que que tá faltando, não te pergunta o que pode melhorar. Por exemplo, essa questão do agente ter que morar na área que ele trabalha, pra mim esse é o maior erro que tem. [...] Porque eles estão querendo um profissional que não existe, um super profissional, sabe? Você tem o problema de alguém bater na sua porta 11hs da noite. Mesmo no fim de semana, feriado, você tá trabalhando. Chega um tempo que

²³ “O papel do agente é ser nosso olho o dia inteiro.” (Fala de uma enfermeira)

²⁴ Durante uma conversa com a enfermeira de uma UBS lhe perguntei como era seu olhar sobre o ACS, sobre seu trabalho de conscientização e sobre sua função de trazer o usuário para uma relação mais estreita com a UBS. Como resposta ela me disse que teoricamente o ACS deveria ser um elo entre comunidade e equipe de saúde, porém faz uma ressalva, “(...)mas isso só acontece com o trabalho de equipe que deveria ter, porque senão o agente jamais vai fazer a ponte de interação de nada, e é o que acontece na maioria das unidades... tem unidade que o agente nem entra, ele não pode entrar... têm unidades que o agente só vai lá assinar o ponto e vai embora, ele não compartilha de nada. (...) primeiro se o agente não for considerado membro da equipe já é um horror, porque o pessoal tem mania de falar isso, os profissionais e os agentes... se você conversar com eles é o tempo todo pessoal da UBS e os agentes... o agente é da UBS, ele não é profissional da saúde não?, claro que é”.

ninguém suporta. Essa é a reclamação geral. Se você entrevistar qualquer agente ele vai te falar isso. [...] Tem uma diferença entre a teoria e a prática. Eles acham que é uma aproximação... mas com o tempo... até porque não funciona bem a estrutura, o posto não funciona bem, entendeu? Não tem remédio, a gente não tem médico em quantidade suficiente para atender toda a população. Então que é o representante do poder público dentro da comunidade? É o posto, é o agente. Então tudo que tem que meter o pau vai em cima do agente. Deu cinco horas, o médico, o enfermeiro, vão pra casa deles e o agente tá ali... continua ouvindo, entendeu? Vai adoecendo o pessoal. Eu to percebendo isso e to querendo sair, sabe? Ou você finge que trabalha, ou se você quiser continuar trabalhando certo, você começa a adoecer, sabe? Psicologicamente você fica uma pessoa mais irritada[...] muito problema, muito problema. (Fala do agente comunitário de saúde Marcelo (nome fictício), em entrevista realizada em 24/07/2006)

Corroboro da perspectiva de Rosaldo (1989) sobre a importância de se explorar a força das emoções para a compreensão das diversas condutas no processo ritual. As experiências e os sentimentos compõem o jogo de interseção entre as ações realizadas e vividas pelos agentes. As fronteiras sempre postas pelos antropólogos, sejam fronteiras geográficas na separação dos povos ou fronteiras de idade e status, por exemplo, estruturam a análise social. Mas quando partimos de uma análise social respeitando as redes estabelecidas pelos agentes percebemos a heterogeneidade de significados postos nas ações. Percebemos que a perspectiva objetivista da antropologia perde sua legitimidade por conceber os fenômenos como sistemas rígidos e não processos em aberto passíveis de incorporar novas práticas, significados e sentimentos. A prática biomédica também sofre abalos quando novos processos até então desconhecidos por sua objetividade são postos em seu campo de atuação.

CONCLUSÃO

Trajetórias que significam: o “mal-entendido produtivo”

[...] em vez de formular o problema da alma central, creio que seria preciso procurar estudar os corpos periféricos e múltiplos, os corpos constituídos como sujeitos pelos efeitos de poder.
(Michel Foucault, Microfísica do Poder)

O imaginário da *humanização do atendimento* pretende uma performance nas ações dos sujeitos, pretende uma transformação na cultura do atendimento. A busca pelo atendimento da doença ainda é o horizonte maior da medicina. Atestamos o choque diário vivido pelos agentes sociais ao que seria preconizado pelo sistema de saúde. A doença ainda sobressai à prevenção e à saúde. Como dissemos acima, o saber médico tem seu olhar voltado para a cura e não para a causa do adoecer. A idéia de uma causa social para o “estar doente” vai muito além de um problema biológico, abarcando causas que ainda não têm resolutividade para os profissionais, que nesses casos vivem uma antiestrutura em sua prática médica pela falta de clareza sobre a “doença social”.

Ao concebermos a promoção de uma mudança na cultura do atendimento em saúde no Brasil, devemos nos indagar sobre o conceito de "mudança cultural" e sobre o que a ele está associado. Toda mudança indica o nascimento de uma nova ordem ou a modificação da ordem já existente. Assim, para compreendermos as mudanças propostas pelo Programa Nacional de Humanização da Assistência devemos analisar a ordem estabelecida. A cultura ainda hoje presente nos atendimentos de saúde enfoca o médico como aquele que detêm o conhecimento. A troca de saberes entre profissional e paciente ainda é bastante deficitária. Para o PNHAH, a solidariedade e a alteridade são os valores-chave que norteiam as mudanças culturais do atendimento. A dignidade e a autonomia do outro devem ser respeitadas pelo conhecimento de quem é esse outro.

A ausência de saúde enquanto uma concepção trabalhada pela Estratégia de Saúde da Família prevê um envolvimento muito maior entre profissionais e usuários, ela

é em si o resultado das causas sociais da doença. Mas como trabalhar uma proximidade entre profissionais e comunidade? Para a ESF o acolhimento é visto como a "porta de entrada" nas instituições de saúde, seu fim é facilitar o acesso do usuário aos serviços e imprimir mudanças no modelo assistencial e de gestão hoje presentes (CARVALHO; CUNHA, 2006). Sua função é transformar a ordem estabelecida pela cultura positivista através de sua instrumentalização como uma tecnologia do encontro entre usuários e profissionais. É no acolhimento que o espaço dialogal entre os agentes é estabelecido num primeiro momento

O acolhimento é tido como o primeiro contato entre Unidade Básica de Saúde e usuário, é o espaço em que é estabelecida uma relação que prioriza o saber sobre o outro. O que levou o usuário a buscar ajuda dos profissionais pode ser desvendando nesse encontro, o que está posto é a emotividade dos sujeitos. Podemos encontrar várias formas de acolhimento, desde aquele feito na sala de espera, na consulta com o médico, na visita domiciliar e, também, nas atividades realizadas além dos muros da UBS como a pintura de quadros pelos usuários. Uma enfermeira nos conta como são desenvolvidas essas ações para a promoção à qualidade de vida.

[...] convidamos algumas pessoas, a fazer oficina de teatro, fazer pintura no muro da UBS com as crianças, para eles pintarem eles mesmos no muro, e ai depois pra limpar, que aqui tem loja de material de construção, compra uma lata de tinta boa e foi sendo feito tudo assim,... e depois que nós conseguimos, com o dinheiro da lei Murilo Mendes, dar uma alavancada em termos de material, começamos a produzir mais coisas, e acaba que hoje a gente vende uma coisinha daqui e outra ali. Quando faz exposição a gente consegue vender mais. Nós vendemos uns quadros, tipo estes quadros que estão aqui, que já são quadros mais caros, mais caros assim, em relação ao poder aquisitivo da comunidade [Entrevista realizada com Ana (nome fictício), em 06/04/2006].

Temos ainda o problema dos significados²⁵. Reinventamos os conceitos, fazemos *bricolagens* com idéias e experiências, agenciamos nossas ações em consonância com o vivido. Estamos envolvidos em redes de relações e significados que

²⁵ Como neste caso relatado por uma médica.

Eu tive um paciente que tava com diabetes, mas ele não aceitava falar a palavra diabetes porque ele achava que era diabólico. Então, ele não aceitava tomar o remédio. Aí, eu fui conscientizando, falando da importância... chamando também, o pastor, eu expliquei pra ele, ele falou 'Não. Não tem nada disso. Eu faço uma consulta paralela e tal [...].

não nos permite pensar o social como o estático. A plasticidade corresponde a linguagem prática do agir.

Nessas redes de significado novas concepções de *cuidado* são reinventadas e expandidas²⁶. Durante o processo relacional as ações escapam ao modelo teórico e dialogal por serem o *locus* primordial da criação. Novas tramas de domínio sobre o outro são estabelecidas, territorialidade refeitas e recriadas. Ao presenciarmos as situações relatadas acima percebemos que a linguagem falada pode nos levar a um equívoco do que realmente as situações significam para os sujeitos. Wagner (2001) nos coloca a idéia de fluxo para pensarmos o agenciamento das ações. Os sujeitos são capazes de remodelar seus espaços²⁷, são capazes de multiplicar e redefinir suas certezas e são capazes também, de metaforizar sua linguagem a partir de sua ação. O *cuidado*, dessa maneira, assume uma multiplicidade de significados e pode ser compreendido como “um espaço entre” (BONET; TAVARES, 2007, p. 267) vários agentes com percepções distintas de realidade, mediadas pelo corpo, pelas experiências e por diferentes olhares sobre o mundo. O fator humano é em si um conjunto de gerenciamentos das ações.

Os mediadores (humanos e não humanos) estão postos na experiência sensível da ação como nos disse Latour. A fala, acompanhada muitas vezes por juízos já formulados, não deixa emergir o espaço da linguagem prática, ou do gerenciamento da ação como nos indicou Wagner (2001). Como modernos estamos rodeados por concepções que na aparência são dispares, porém, em nossos *habitus* não encontram conflito. Somos híbridos. Estamos em redes de relações (LATOUR, 2005).

A performance desejada pela nova cultura do atendimento à saúde falha ao tratar a transformação como um objeto que pode ser substituído por outro. Mesmo nesses termos ainda falhamos em nosso pensamento, já que objetos também são mediadores nas relações. As experiências vividas, sentidas e “encorporadas” dão espaço a novos rearranjos do social. O rito pensado em termos de um agrupamento estruturado, onde todos são movidos pelas mesmas motivações, não consegue explicar o porquê de diferentes significados para aqueles que o experimentam. A afetação permanente de

²⁶Utilizo aqui as dimensões de invenção e convenção cunhadas por Wagner (2001), para expressar os processos de expansão dos significados dos conceitos através dos processos criativos, estabelecidos pelos sujeitos em qualquer dimensão relacional.

²⁷Nesta parte penso a partir da discussão desenvolvida por Deleuze e Guattari (2007b), sobre o espaços liso e estriado.

nossas estruturas sociais nos permite dizer que afetamos e nos deixamos afetar, e que disso reinventamos nossa forma de ser, a todo o momento.

A motivação para o significado diz respeito ao próprio indivíduo/agente e os variados tipos de relações que estabelece. Como este não separa suas ações em ordinárias e extraordinárias, não podemos o fazer por ele. O ritual enquanto um evento interfere nas ações cotidianas, e o cotidiano afeta a ação ritual. As práticas são conexões e conectoras de outras práticas. Se aceitamos o estado permanente de mudança das sociedades, se aceitamos a mudança cultural, por que não levar a própria mudança para o momento ritual?

A linguagem e a subjetividade enquanto valores da “humanização do atendimento” abarcam as dimensões do cuidado como dimensões dos novos processos de significação. As criatividades são acionadas nas consultas, nas visitas domiciliares, nas conversas, no acolhimento, em outras redes terapêuticas, como a religiosa²⁸. Os profissionais de saúde e os usuários da ESF são, agora, agentes que interagem na construção do “entre-saberes”.

O espaço do encontro terapêutico é um espaço ‘entre’, porque tanto o terapeuta, seja médico ou não, quanto o paciente, põem suas certezas em questão; é o espaço entre os discursos, entre os corpos, entre as representações e as vivências dos corpos e, ao menos potencialmente, é o espaço das possibilidades de negociações, da criatividade, da beleza da terceira margem (BONET; TAVARES, 2007, p. 267).

Agentes que também transitam por diversas redes e que compõem seus discursos através dos espaços das práticas O corpo enquanto um depositário de signos expressa a mistura dos “entre-saberes” experimentados na vivência do mundo. E a linguagem comunga a expressão desses “entre-saberes” na prática.

A linguagem da prática (BONET; TAVARES, 2007, p. 264), ou da ação, nos permite compreender os significados dados e, também, como pesquisadores,

²⁸ Em conversa com um usuário, este nos conta sobre o uso de chás e água benta por sua esposa.

[...] de primeiro ela tomava aquele chá de manjeriçõ que eles falam que é bom pro coração né, agora não to encontrando, então toda hora ela pede um chá de manenago; me dá um golinho de chá aí... então ela gosta muito que faz o chá, toda hora ela gosta de beber as goladinhas de chá dela. Toda hora ela toma. E água benta, toda hora ela toma, ela não pega água do filtro não, ela pede: me dá um golinho de água benta aí gente! Se ela vai tomar um remédio tem que ser com aquela água benta (entrevista com Anderson (nome fictício), em 08/06/2007).

inferirmos novas possibilidades para os eventos. Turner (2005) nos diz que cada sujeito tem sua própria “perspectiva estrutural”, inclusive o pesquisador. Entretanto, defendo aqui, que este também se deixa afetar (GOLDMAN, 2005) pela posição específica em que ocupa. Assim, com o olhar voltado para as muitas conexões mobilizadas pelos agentes, somos levados a pensar no que poderia ser posto como um dispositivo de controle para amenizar a antiestrutura presente entre os (des)entendimentos nas ações.

O corpo enquanto um instrumento de apreensão do mundo é uma tecnologia de experimentação desse próprio mundo, ele possui a força de uma técnica aprimorada para escapar do que Durkheim (2008) concebeu como solidariedade mecânica. Nas sociedades pré-capitalistas os indivíduos/coletividade não se diferenciavam, os valores, a moral e os aspectos religiosos eram corroborados por todos, entretanto o capitalismo inaugura a quebra da coletividade e faz nascer o sujeito. A diferença se torna a grande chave para a construção de um organismo social, onde cada agente é como um órgão deste organismo.

Os sujeitos passam a ter um corpo econômico que precisa ser disciplinado para o novo sistema capitalista. Nesses termos, o corpo enquanto uma tecnologia deve ter sua utilização monitorada. Foucault (1987) dá a esse controle o nome de “tecnologia política do corpo”. A vigilância consiste na criação de dispositivos físicos e abstratos, em que não se consegue localizar o ponto central do controle, numa tentativa de regular as motivações e os impulsos dos sujeitos. O autor nos fala que

em nossas sociedades, os sistemas punitivos devem ser relocalizados em uma certa ‘economia política’ do corpo: ainda que não recorram a castigos violentos ou sangrentos, mesmo quando utilizam métodos ‘suaves’ de trancar ou corrigir, é sempre do corpo que se trata – do corpo e de suas forças, da utilidade e da docilidade delas, de sua repartição e de sua submissão (FOUCAULT, 1987, p. 25).

O corpo requerido na diferença é um corpo disciplinado.

Foucault (1996) nos diz ainda que todo saber sobre o corpo só se constituiu sob o poder impresso a esse corpo, assim ocorreu também com o saber fisiológico sobre o corpo. Os dispositivos de controle foucaultianos atuam nos corpos sujeitos e nas suas criatividades. Assim também o é na Estratégia de Saúde da Família. Dissemos que os agentes percorrem distintas redes de significado e de relacionamentos, são afetados a todo momento, por suas experiências passadas na compreensão de suas novas ações e, que disso, reinventam seus conceitos. No caso específico da ESF podemos argumentar

que há vários tipos de dispositivos de controle, entre eles, estão as visitas domiciliares e os grupos educativos, ou grupos de controle.

O mal entendido entre as várias concepções do que seja saúde, doença, prevenção, acolhimento, corpo, a função do agente comunitário de saúde, e até mesmo do tipo de medicina que se pratica na atenção básica de saúde, é controlado através dos mecanismos dispostos pelo sistema de saúde. A relação entre o global e o local é posta aqui. Enquanto está a nível global, por ser uma política pública de saúde, a ESF pode ser vista como “um recurso cultural, acionável por diferentes agentes e em diferentes contextos” a nível local. “E, como tal, por um lado, incapaz de ser fixado num padrão único, homogeneizador ou não. Mas, por outro, incapaz de ser confundido com um ‘modismo [...]’ (VELHO, 1997, p. 145). Dessa forma, o que chamamos de mal entendido vem a ser um mal-entendido produtivo, nos termos de Velho (1997). Os desencontros entre os significados podem constituir novas releituras sobre a Estratégia de Saúde da Família e suas concepções de cuidado, saúde e doença, e essas releituras podem se tornar novos significados locais para que não sejam só globais. Não podemos acreditar numa versão dominante sobre saúde e doença, há agora a doença social que ultrapassa o corpo biológico.

A visita domiciliar ocorrida no mês passado não será igual para a visita realizada nesse mês, o mesmo para os grupos de controle, porque experimentamos novas ações e novas idéias que serão transmitidas para a vivência cotidiana. Os eventos inesperados corroboram para novos significados dados aquilo que já conhecíamos. Como já exposto, a cultura ocupa o centro do significado na ação, e é a partir dela que podemos compreender o evento, ou no caso específico deste trabalho, o ritual. O passado liga-se ao presente, mesmo que esse presente já não seja o mesmo que o passado. A mudança e a estabilidade entrecruzam-se na prática. Só podemos apreender os significados dos eventos quando nos deixamos envolver pela história cultural do outro. O outro é um agente dotado de história, e seu entendimento sobre o mundo advém de sua experiência sensorial, portanto empírica, com esse mundo. Experiência moldada pela história cultural, “corporificada”, significada e resignificada pelos sujeitos.

REFERÊNCIAS

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde, **Saúde & Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.

_____. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde, **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 1413-8123, 2005.

BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin; ESPIRITO SANTO, Antônio Carlos Gomes do; BATISTA FILHO, Malaquias. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso, **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. 809-815, 2005.

BONET, Octávio Ramon. **Saber e sentir**. Uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

_____. Emoções e sofrimentos nas consultas médicas. Implicações de sua irrupção, **Revista do Mestrado de Ciências Sociais da UFJF**, v. 1, n. 1, p. 117-138, 2006.

_____. "Redes intersticiais de contención y modos de dominación". **Anales do 8 Congreso de Antropología Argentino**, Salta, 2006

BONET, Octávio Ramon; TAVARES, Fátima. **Relatório de Pesquisa**. Experiências Terapêuticas no âmbito do Programa Saúde da Família em Juiz de Fora. Universidade Federal de Juiz de Fora – MG, 2006.

_____. O cuidado como metáfora nas redes da prática terapêutica. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo de (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: Cepesc. 2007, p. 263-277.

_____. O usuário como mediador. Em busca de uma perspectiva ecológica sobre os condicionantes em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo de. (Org.). **Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESQ: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008, p. 191-212.

BONET, Octávio Ramon et al. Situação-centrada, rede e itinerário terapêutico: o trabalho dos mediadores. In: PINHEIRO, Roseni; MARTINS, Paulo Henrique (Org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Recife: Editora UFPE; Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ; ABRASCO, 2009, p. 259-270.

CARVALHO, Sérgio Rezende; CUNHA, Gustavo Tenório. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS et al (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 837-868.

CLIFFORD, James. **Experiência etnográfica: antropologia e literatura do Século XX**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2002.

CSORDAS, Thomas J. **Embodiment and experience**. The existencial ground of culture and self. Cambridge: University Press, 1994.

_____. **Body/Meaning/Healing**. New York: Palgrave Macmillan, 2002a.

_____. Provações dos jovens Navajos, **Revista Religião e Sociedade**, Rio de Janeiro: ISER, v. 22, n. 2, p 9-36, 2002b.

DELEUZE, Gilles, GUATTARI, Félix. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. São Paulo: Editora 34, v. 1.2007a.

_____. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. São Paulo: Editora 34, v. 5. 2007b.

DESLANDES, Sueli Ferreira. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar, **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n.1, p. 7-14, 2004.

DURKHEIM, Emile. 2008. **Da divisão do trabalho social**. São Paulo: Martins Fontes.

FAVRET-SAADA, Jeanne. **Les mots, la mort, les sorts**. Paris: Gallimard, 2001.

_____. Ser afetado. **Cadernos de Campo** n. 13, Ano 14, p. 155-161, 2205.

FERREIRA, Jaqueline. Semiologia do Corpo. In: LEAL O. F. (Org) **Corpo e significado: ensaios de antropologia social**, 1995, p. 89-104.

_____. O corpo sígnico. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (Org.) **Saúde e doença: um olhar antropológico**, 2004, p. 101-112.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes, 1987.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de janeiro: Graal, 1996.

GEERTZ, Clifford. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. In: _____. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989, p. 3-21.

GOLDMAN, Márcio. Janne Favret-Saada, os afetos, a etnografia, **Cadernos de Campo**, n.13, p. 149-153, 2005.

KLUTHOVSKY, Ana Cláudia Garabeli Cavalli; TAKAYANAGUI, Angela Maria Magosso. O agente comunitário de saúde: uma revisão da literatura, **Revista Latino Americana de Enfermagem** v.14, n.6, p. 957-963, 2006.

KLUTHCOVSKY, Ana Cláudia Garabeli Cavalli et al. Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida, **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 176-183, 2007.

KUPER, Adam. **Cultura, a visão dos antropólogos**. São Paulo: EDUSC, 2002.

LATOUR, B. **Jamais fomos modernos**. São Paulo: Editora 34, 2005.

LEACH, Edmund R. **Sistemas políticos da alta Birmânia**: um estudo da estrutura social Kachin. São Paulo. EDUSP, 1995.

LEVY, Flávia Mauad; MATOS, Patrícia Elizabeth de Souza; TOMITA, Nilce Emy. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 197-203, 2004.

MALINOWSKI, Bronislaw. **Os argonautas do Pacífico Ocidental**. São Paulo: Ed. Abril, 1978.

MAUSS, Marcel. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: Cosac & Naify, 2005.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, 2000. Disponível em: < www.portalthumaniza.org.br/ph/dados/anexos/802.doc >. Acesso em: 25/12/2007.

_____. **Manual do PNHAH**. Brasília, 2000. Disponível em <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>. Acesso em: 25/12/2007.

MERHY, Emerson Elias. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas, **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 4, n. 6, p. 109-116, 2000.

NUNES, Mônica de Oliveira et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico, **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n.6, p. 1639-1646, 2002.

PEIRANO, Mariza. A análise antropológica de rituais. In PEIRANO, M. (Org). **O dito e o feito**. Ensaios de Antropologia dos rituais. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001, p 17-40.

ROSALDO, Renato. **Cultura y verdad**. Nueva propuesta de análisis social. México: Ed. Grijalbo, 1989.

SAHLINS, Marshal. **Ilhas de história**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.

TAMBIAH, Stanley Jeyaraja. **Culture, thought, and social action: an anthropological perspective**. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1985.

TAUSSING, M. La reificación y la conciencia del paciente. In: TAUSSING M.. **Un gigante en convulsiones**. Barcelona: Editorial Gedisa, 1995.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.), **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, 2003, p. 89-111.

_____. Humanização e atenção primária à saúde, **Ciência & Saúde Coletiva** v. 10, n. 3, p. 585-597, 2005.

TURNER, Victor. **O processo ritual**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1974.

_____. **Floresta de símbolos**. Niterói: Eduff, 2005.

VELHO, Gilberto. Observando o familiar. In. E. O. NUNES (org) **A aventura sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978, p. 36-46.

_____. Unidade e fragmentação em sociedades complexas. In. SOUZA, J; ÖELZE, B. (Org). **Simmel e a modernidade**. Brasília: Ed. UNB, 2005, p. 259-267.

VELHO, Otávio. Globalização: antropologia e religião, **Mana**, v. 3, n. 1, p. 133-154, 1997.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. O nativo relativo. **Mana**, v. 8, n. 1, p. 113-148, 2002.

WAGNER, R. **The invention of culture**. Chicago: The University Press, 2001.