

A confluência entre o pensamento antropológico e as políticas públicas de saúde no Brasil

Michelle Gonçalves Rodrigues

Doutora em Antropologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Mestre em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Professora na Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG).

Resumo

Este artigo procura examinar os aspectos do pensamento antropológico, principalmente por meio de pesquisas que se propõem a compreender os processos que envolvem as percepções de saúde e doença, que vêm recebendo melhor acolhimento nas políticas públicas de saúde em âmbito nacional. Para tanto, o ideário do Humaniza SUS será a grande chave compreensiva desta análise por englobar as ações da Estratégia de Saúde da Família, conhecida como a porta de entrada para o atendimento na rede básica de saúde brasileira. Por se constituir como o principal mecanismo de atuação do Estado nas políticas públicas de saúde, a ESF congrega o cuidado nas áreas urbanas e rurais, além de ser um modelo de atenção primária para populações específicas, como quilombolas e etnias indígenas. Tal característica nos fomenta a uma reflexão sobre os encontros e desencontros entre o pensamento antropológico e as políticas públicas na área da saúde.

Palavras-chave: antropologia; ESF; humaniza SUS; saúde; doença.

Introdução – uma mudança de paradigma

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. Entretanto, 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), é nele que estão expostas todas as nossas aprendizagens. Tudo que é apreendido pelo sujeito em suas experiências, é apreendido pelo corpo enquanto um instrumento técnico e social do homem.

O corpo enquanto depositário de apreensões do mundo vivido pode ser tomado como um “suporte de signos” (FERREIRA, 2004, p. 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. Assim, em consonância com o pensamento social-antropológico, a medicina, desde a década de noventa, vem 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 envoltos no caráter social da cultura. Nessa perspectiva, as concepções de saúde e doença são construções sociais formuladas pelas diferentes sociedades, e pelas diferentes formas de “estar no mundo”, fazendo com que o trabalho da área médica esteja intimamente ligado ao conhecimento existente no meio ao qual atua.

Tomemos um exemplo dado pela médica e antropóloga Ferreira (2004, p. 102). Ao evidenciar o relato de uma paciente, a autora nos conta que a dor reclamada em seu consultório foi descrita como uma pontada no peito, semelhante a uma facada. Tal metáfora fez com que Ferreira pensasse no contexto vivido por sua paciente. Como 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 ideia 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 aos outros que o compreendem por também estarem envoltos nas mesmas redes de significado. Essa problematização sobre sintomas e sinais é mais bem expressa, nos dizeres de Ferreira

[...] 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 (FERREIRA, 1995, p. 93).

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 metaforizada como 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. Martins (2009a, p. 55) contrapõe os planos macro e microsociológico argumentando ser o usuário, no primeiro, condicionado por dispositivos sociais valorizados pelos epidemiólogos, enquanto no segundo plano “as injustiças produzidas pelas crenças e vivências construídas [...] são revalorizadas pelos usuários a partir de suas trajetórias de vida e redes de pertencimento”.

Do exposto, este artigo tem o objetivo de abordar os aspectos do pensamento antropológico, principalmente por meio de pesquisas que se propõem a compreender os processos que envolvem as percepções de saúde e doença, que vêm recebendo melhor acolhimento nas políticas públicas de saúde em âmbito nacional. Para tanto, o ideário do Humaniza SUS será a grande chave compreensiva desta análise por englobar as ações da Estratégia de Saúde da Família, conhecida como a porta de entrada para o atendimento na rede básica de saúde brasileira. Por se constituir como o principal mecanismo de atuação do Estado nas políticas públicas de saúde, a ESF congrega o cuidado nas áreas urbanas e rurais, além de ser um modelo de atenção primária para populações específicas, como quilombolas e etnias indígenas. Tal característica nos fomenta a uma reflexão sobre os encontros e desencontros entre o pensamento antropológico e as políticas públicas na área da saúde.

A estratégia de Saúde da Família

O Programa Saúde da Família (PSF)¹ 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.

Como uma política pública de saúde do Estado brasileiro a Estratégia de Saúde da Família é encontrada em todos os estados da federação. Ela, em muitos casos, é a porta de entrada no serviço público de saúde. As Unidades Básicas de Saúde com o modelo da ESF estão espalhadas pelas cidades, em especial nas áreas carentes, nas áreas rurais e também nas comunidades quilombolas e indígenas. Nessas últimas encontramos chamados Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), definidos como “espaços étnico-culturais dinâmicos, geográficos, populacionais e administrativos bem delimitados, que não guardam relação direta com os limites dos estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas”

¹Hoje chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF) devido a reivindicações feitas pelos profissionais que acreditavam que a denominação “Programa” implicava na ideia de uma ação pontual que poderia ter seu fim a qualquer momento.

(SANTOS *et al.*, 2008, p. 46). Porém tais distritos atuam nos moldes da ESF com a atuação das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena.

No caso de políticas públicas voltadas para a população negra e para a população quilombola a Estratégia de Saúde da Família também é o principal mecanismo de atuação para a promoção em saúde (BRASIL, 2004; 2005). No caso dos programas Saúde da Mulher, e não só da mulher negra, Saúde do Homem, Gênero e Diversidade, Saúde da Família, Saúde do Adolescente, Saúde do Idoso, Saúde dos Trabalhadores, Saúde Infantil, Saúde Materna, entre outros, todos eles são desenvolvidos principalmente no âmbito da ESF. São nas UBS's que as ações específicas para cada grupo são desenvolvidas tendo como base o conhecimento da população, da área e suas principais necessidades.

As ações formuladas para as políticas públicas em saúde e desenvolvidas na ESF e nos DSEI, no caso da saúde indígena, estão alocadas dentro de uma nova cultura do atendimento, o Humaniza SUS. Debrucemo-nos um pouco sobre essa política de assistência à saúde.

O conceito Humanizar: uma nova cultura de atendimento

O conceito Humanizar constantemente é empregado no campo da saúde. A legitimação de tal discurso ocorreu em maio de 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, 2000a; 2000b). Hoje, esse Programa foi substituído por uma perspectiva duradoura, transversal, na qual ideia de fim a que o termo programa nos remete não cabe mais. Desse modo, constitui-se uma política de assistência, intitulada “Humaniza SUS”, e não mais um programa específico do Ministério da Saúde.

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 vida. A relação dialógica entre profissionais e entre esses e usuários é valorizada no respeito que tal relação implica para o conhecimento do outro.

O diagnóstico de insatisfação, parte inicial da argumentação encontrada no documento oficial do PNHAH, dos usuários referentes 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 se sentiam feridos em suas expectativas. Nesse quadro de violência física e 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 cuidado², pois,

Cada olhar ou perspectiva que se constrói sobre o usuário constitui o elo explicativo de amplas redes de significações que são objeto de tensões e conflitos permanentes gerados pelas diversas posições hierárquicas e interesses morais envolvidos na organização e na representação do usuário como cidadão. Nesta perspectiva, uma compreensão adequada do usuário deve resultar de um entendimento teórico fenomenológico e construtivista

² Hoje, de acordo com Teixeira (2005), percebem-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.

que inspire ações políticas e intervencionistas em rede. Tal entendimento implica sujeitos ativos no cotidiano, desde que passem a compreender o funcionamento de suas redes de relacionamento e de significações, refletindo sobre os conflitos e mecanismos estagnantes que impedem a fluidez dos laços sociais (MARTINS, 2009a, p. 58-59).

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: 19), o norte ético e 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 compõe 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 por meio 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. 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 socio comunitárias.

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 revela 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 PNHAH, 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. Martins sustenta que:

As redes formadas nos espaços públicos construídos na interação dos sistemas organizacionais e do “mundo da vida” têm formatos mesclados que revelam a copresença de lógicas hierárquicas (dos gestores estatais e públicos) e das lógicas interativas (dos homens e mulheres simples). De um lado, o discurso tecnocientífico competente; de outro, o discurso expressionista e prático. Quando tais redes se constroem a partir de tensões existentes no topo do espaço estatal público, temos a prevalência de fatores macrossociológicos sobre os microsociológicos; no caso contrário, temos a dominância dos segundos sobre os primeiros (MARTINS, 2009a, p. 75).

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 uni-la à ideia 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.

Como a antropologia contribuiu para as políticas públicas de saúde e no que ainda pode contribuir

A antropologia exerceu um papel importante para o desenvolvimento de políticas públicas. No caso específico da saúde os diversos e amplos estudos sobre corpo, família, gênero, sexualidade, trabalho, religião, etnicidade, indigenismo, infância, meio ambiente e velhice, trouxeram enfoques sobre a constituição dos processos de saúde/doença. Variadas críticas em como as políticas de saúde não contemplavam as populações e sujeitos foram feitas. Mostrou-se que as escolhas terapêuticas dependem do contexto social e das interações entre diferentes contextos sociais. Fatores sociais, econômicos, políticos e religiosos, geralmente não são associados ao campo da saúde biomédica, entretanto constituem esferas da vida que dialogam com a concepção de saúde em termos holístas³.

A própria formulação da Estratégia de Saúde da Família e do Programa Humaniza SUS demonstram que o olhar sobre os processos de saúde/doença foi estendido. Vários programas foram criados pelo SUS e pela Organização Mundial de Saúde que estão na confluência dos estudos antropológicos citados acima, inclusive dando aos programas os mesmos nomes dos campos de pesquisa antropológicos (Saúde Indígena, Saúde das Populações Negras, Saúde do Idoso, Saúde da Família, Gênero e diversidade⁴ etc.), embora as categorias analíticas sejam entendidas de diferentes modos. Como toda política pública, as políticas na área da saúde sofrem severas críticas formuladas por estudiosos e usuários. Os documentos que norteiam tais políticas se embasam em conceitos e ideais de integralidade e equidade bem conhecidos pela antropologia e por ela defendidos, entretanto as ações práticas escapam do ideário documental. Scott ao se debruçar sobre as ações específicas da ESF para idosos e adolescentes aponta:

³ Para Oliveira, “na atualidade é também uma deturpação inaceitável não considerar a condição biológica do ser humano que, a exemplo de qualquer ser vivo, é *também* regido por leis biológicas. É inaceitável, porque anticientífico, que não seja percebida a interpenetração das variáveis sexo/ gênero, raça/etnia e classe social como informadora do processo saúde/ doença. Não há como desconsiderar a condição biológica humana em interpenetração com as condições sociais, culturais e materiais nas quais vive, posto que está comprovado que é impossível dizer qual é mais importante, se o meio ou a condição biológica dos seres vivos, pois ambos são interdependentes!” (OLIVEIRA, 2002, p. 31).

⁴ Sobre a confluência entre os conceitos de família e gênero trabalhados na ESF ver Scott (2005).

Quando presentes na unidade, há a tendência a agrupá-los de acordo com suas patologias – especialmente hipertensão e diabetes. Além de participar de palestras e de outras atividades criadas para orientá-los quanto ao uso adequado dos medicamentos e aos comportamentos condizentes aos portadores de suas patologias, recebem também remédios. Como ocorre com os adolescentes, poucas unidades tomam as iniciativas específicas necessárias para uma maior integração com as outras atividades cotidianas individuais e coletivas da comunidade onde vive essa população (SCOTT, 2006, p. 121).

Aliar “tecnologia” e “fator humano” não nos parece tão simples, e é exatamente aqui que nossa crítica se torna 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. De acordo com Maia (2010), ex-agente comunitário de saúde e hoje antropólogo, a ESF sofre uma visão de constituir uma política pública paternalista aos olhos de muitos profissionais da saúde. Abordando a questão de classe social, o autor argumenta que os médicos não pertencem às áreas periféricas onde se encontraram as UBS's, isso constitui um entrave na percepção da promoção à saúde tornando-a uma política assistencialista para àqueles que são os profissionais da saúde.

O possível conflito entre as políticas públicas de saúde, representadas aqui pelo Humaniza SUS, a ESF e os DSEI, e seus significados para os profissionais de saúde e para os usuários do sistema público de saúde, é o resultado de uma mudança de paradigma sobre os processos de saúde/doença. 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 uma visão totalizante do sujeito, seus costumes, sua família, suas redes de relações, sua religião, seu poder aquisitivo e até mesmo o desemprego, são incorporados na análise clínica feita pelos profissionais de saúde.

Tais problemas trazem desequilíbrio às ações de promoção à saúde, preconizadas pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial de Saúde, e podem ser entendidas como instrumentos que fomentam conflitos. Mas acredito que o desequilíbrio social produtor do conflito presente entre saúde e doença resida, também, na concepção prática do que seja o saber médico e sua responsabilidade. O relato de uma médica da ESF nos mostra que, hoje, a concepção de doença está bem além do que seria a ausência de saúde para os cursos universitários de medicina:

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.

Na exposição da médica⁵ 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 maior se estabelece. O estado liminar de um drama social (Turner, 2005) é constante entre sistema de saúde, profissionais e usuários, o que me faz acreditar que o conflito estabelecido resida na forma como são tomados tanto os usuários como os profissionais de saúde. Ambos são vistos como um quadro em branco em que se inscrevem 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 à 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. Aí cê explica “Tem que viver o luto! É desagradável? É! Mas todo mundo vai passar por isso!”

⁵ Todos os relatos dos profissionais de saúde disponibilizados neste artigo são retirados de Rodrigues (2010).

Muito mal, às vezes eu passo um calmantezinho leve, que não causa dependência.

[...] eu sou muito cismada, eu acho que tem que tomar remédio. Na bíblia mesmo tá escrito (como é que?) é os doentes que precisam dos médicos, não é os sãos que precisam dos médicos, não. Quer dizer as pessoas têm que procurar os médicos mesmo para tomar remédio.

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. 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. Conforme Athias e Machado (2001) o mesmo ocorre nas políticas desenvolvidas especificamente para as populações indígenas, mas com o agravamento de que tais políticas são implantadas a partir de um modelo que se pauta em uma “lógica ocidental” de saúde, embora a Funasa (BRASIL, 2002), sob a orientação da Organização Mundial de Saúde, conceba a abordagem holística para a saúde indígena, enfocando o aspecto familiar, a comunidade, o mundo espiritual e os outros seres do ambiente em que vivem essas populações, como pertencentes a uma lógica interna das práticas de cura.

A dificuldade torna-se maior, pois os profissionais de saúde não são tão flexíveis em aceitar “outros” modelos, que fogem àqueles já preconizados de assistência de saúde. Essa dificuldade é resultado de uma lacuna em seu processo de formação acadêmica pela não inclusão de disciplinas relativas às Ciências Sociais e à Antropologia da Saúde nos currículos. A concepção de saúde e doença existente entre os povos indígenas interfere no modelo de assistência já preconizado, e os profissionais de saúde, pela falta de conhecimento mais aprofundado dessas concepções, encontram dificuldade em adaptar tais modelos, provocando assim dificuldades na organização dos serviços de saúde. (ATHIAS; MACHADO, 2001, p. 429).

A mudança social no caso na ESF requer uma mudança de paradigma da própria estratégia. 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 da ESF. Porém todos esses agentes interagem em diferentes redes de relacionamento. Quando citamos a humanização do atendimento e os três campos de entendimento 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 possível lógica estrutural dê lugar a uma lógica relacional de um processo de desterritorialização de regras, ou a um processo que escapa ao reconhecimento de situações próprias ao trabalho do campo biomédico e da formulação de políticas públicas. No cotidiano das Unidades Básicas de Saúde são muitas as questões que precisam ser reconhecidas, como, 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...

Este relato de uma assistente social da ESF demonstra que o próprio processo de se relacionar possibilita um feixe de afetações não reconhecido pelo mesmo sistema de saúde. Neste sentido, as contribuições das abordagens antropológicas se tornam importantes não apenas para destacar a diversidade populacional e étnica, mas, também, para apontar possíveis problemas que estendem os significados dos conceitos de saúde e doença, fazendo-os convergir para as variadas esferas de sociabilidade.

Conclusão - trajetórias que significam

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. O conflito presente nas relações cotidianas traz desequilíbrio ao social, sendo preciso uma espécie de ritual para a reestruturação da antiestrutura vivida na prática médica quando defrontada com as causas sociais do “estar doente”. As visitas domiciliares e os grupos educativos como ações

cotidianas das UBS's assumem a característica de “dramas sociais” (TURNER, 2005), são dramas porque o conflito 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 à saúde. A tensão estruturante (BONET, 2004) entre biomedicina e a medicina de cunho holista, no caso específico da ESF, traz o problema do sujeito como um ser totalizante. Como a prática do cuidado dentro das UBS's 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. Ao levar a ideia de mudança para a ESF podemos perceber a noção de territorialização enquanto um espaço de ação. 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. Tambiah (1985) nos diz que apenas o conjunto de atos é observado pelos pesquisadores durante o momento ritual – no caso deste artigo as práticas cotidianas como visitas domiciliares, grupos educativos e até mesmo as consultas ambulatoriais –, 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 se incluem a ESF, a linguagem torna-se uma das preocupações na análise das ações práticas. Também nos coloca a ligação entre ritual e discurso para pensarmos que as palavras ditas têm algo a nos dizer, e neste sentindo, devemos olhar não apenas para “o que eles fazem”, mas também “sobre o que dizem que fazem”.

Os enunciados de profissionais e usuários nos indicam algo além de uma simples fala, eles nos mostram 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. 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 e também 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.

Nessas redes de significado novas concepções de cuidado são reinventadas e expandidas. Durante o processo relacional as ações escapam ao modelo teórico e dialogal por serem o lócus primordial da criação. Novas tramas de domínio sobre o outro são estabelecidas, territorialidade refeitas e recriadas. Os mediadores (humanos e não humanos) estão postos na experiência sensível da ação como nos disse Latour (2005). 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 (2010).

As experiências vividas, sentidas e corporificadas (CSORDAS, 2008) dão espaço a novos rearranjos do social. A motivação para o significado diz respeito ao próprio indivíduo/agente e os variados tipos de relações que estabelece. A linguagem e a subjetividade enquanto valores da “humanização do atendimento” abarcam as dimensões do cuidado como dimensões dos novos processos de significação. As criatividade são acionadas nas consultas, nas visitas domiciliares, nas conversas, no acolhimento, em outras redes

terapêuticas, como a religiosa. 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 ação nos permite compreender os significados dados. 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 como 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 corpo requerido na diferença é um corpo disciplinado. E no caso da ESF ocorre uma homogeneização de diferenças amparadas na doença.

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 criatividade. 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 o momento, por suas experiências passadas na compreensão de suas novas ações e, que disso, reinventam seus conceitos. No caso específico das políticas públicas de saúde, a ESF e os DSEI são dispositivos de controle que ao tentarem propor a equidade e integralidade em saúde na verdade operam ainda sob os mecanismos dispostos pela biomedicina. 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). Os desencontros entre os significados podem constituir novas releituras sobre a Estratégia de Saúde da Família e os Distritos Sanitários Especiais Indígenas 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.

Acredito que assim como a antropologia ajudou a fomentar um despertar para a diversidade na área da saúde pública brasileira – considerando saúde e doença como estados de um mesmo processo ao envolver fatores biológicos, econômicos, sociais e culturais –, nossa disciplina pode contribuir ainda mais para a melhora das políticas públicas para saúde. A perspectiva dos usuários como mediadores do processo terapêutico, e não mais tomados como o fim dessas mesmas políticas, pode despertar o olhar para a conexão dos processos de saúde e doença (BONET *et al.*, 2009).

O sistema público de saúde brasileiro joga um jogo de espelhos em que todos podem ser compreendidos dentro de uma mesma lógica de ações. O que se põe em importância são as necessidades de saúde entendidas por cada usuário e pelas populações específicas 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.⁶ A diferença entre as interpretações ocorre, poderíamos dizer assim, pelos estilos de criatividade (WAGNER, 2010), ou estilos de compreensão, do que está posto na interação.

⁶ O sentido de positividade pode ser mais bem compreendido quando nos remetemos ao estudo de Simone Cavalcante (2006) 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.

Referências

- ATHIAS, R., MACHADO, M. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 17, n 2, p. 425-431, mar-abr, 2001.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde & Sociedade*, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.
- BONET, O. R. *Saber e sentir*. Uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.
- _____. Emoções e sofrimentos nas consultas médicas. Implicações de sua irrupção. *Teoria e Cultura*, v. 1, n. 1, p. 117-138, 2006.
- BONET, O. R., TAVARES, F. O cuidado como metáfora nas redes da prática terapêutica. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. (Orgs.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: Cepesc. 2007. p. 263-277.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a.
- _____. Ministério da Saúde. *Manual do PNHAH*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b.
- _____. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2. ed. Brasília: Funasa, 2002.
- _____. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir). *Programa Brasil Quilombola*. Brasília: Abaré, 2004.
- _____. Fundação Nacional de Saúde. *Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade*. Brasília: Funasa, 2005.
- CAVALCANTE, S. G. *Entre a ciência e a reza: estudo de caso sobre a incorporação das rezadeiras ao Programa de Saúde da Família no município de Maranguape-Ce*. 2006. 88f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais em Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade) – Instituto de Ciências Humanas e Sociais/Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2006.

CSORDAS, T. *Corpo/Significado/Cura*. Porto Alegre: UFRGS. 2008.

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

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

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

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

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

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

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

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

MAIA, O. F. L. C. Médico da Família: quando o diagnóstico são feridas sociais. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS. 34. *Anais...* Caxambu: Anpocs, 2010.

MARTINS, P. H. Repensando sociologicamente a noção linear de determinantes sociais. In: PINHEIRO, R., MARTINS, P. H. (Orgs.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-Editora da UFPE-ABRASCO, 2009a. p. 53-60.

_____. MARES (Metodologia de análise de redes do cotidiano): aspectos conceituais e operacionais. In: PINHEIRO, R., MARTINS, P. H. (Orgs.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-Editora Universitária UFPE-ABRASCO, 2009b. p. 61-89.

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

OLIVEIRA, F. *Saúde da população negra*. Brasil, ano 2001. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

RODRIGUES, M. G. *Uma ficção sobre a estratégia de Saúde da Família: suas práticas como rituais*. 2010. 89f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Instituto de Ciências Humanas/Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2010.

BONET, O., TAVARES, F., CAMPOS, E. M. S.; TEIXEIRA, M. T. B., RODRIGUES, M. G. *Situação-centrada, rede e itinerário terapêutico: o trabalho dos mediadores*. In: PINHEIRO, R., MARTINS, P. H. (Orgs.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Recife: Editora UFPE; Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ; ABRASCO, 2009, p. 259-270.

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

SANTOS, R. V., CARDOSO, A. M., GARNELO, L., COIMBRA JUNIOR, C. E. A., CHAVES, M. B. G. *Saúde dos povos indígenas e saúde pública no Brasil*. In: GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, L., NORONHA, J., CARVALHO, A. I. (Orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2008. p. 1035-1056.

SCOTT, R. P. *Gênero, Família e Comunidade: observações e aportes teóricos sobre o Programa Saúde da Família*. In: VILLELA, W.; MONTEIRO, S. (Orgs.). *Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão*. São Paulo: ABRASCO; UNFPA, 2005, v. 1, p. 73-98.

_____. *Gerações, comunidades e o Programa Saúde da Família: reprodução, disciplina e a simplificação administrativa*. In: BARROS, M. L. B. (Org.). *Família e gerações*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. p. 107-129.

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

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

TURNER, V. *Floresta de símbolos*. Niterói: Eduff, 2005.

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

WAGNER, R. *A invenção da cultura*. São Paulo: Cosac Naify. 2010.

The confluence between anthropological thought and public policies in Brasil

Abstract

This article examines the aspects of anthropological thought, mainly through researches that purport to understand the processes that involve health and disease perceptions, that have received better reception in public health policies at the national level. For this, the Humaniza SUS ideas will be reviewed by comprise the actions of the Estratégia de Saúde da Família, known as the gateway to the attendance into the primary health Brazilian health. As the ESF is the main state action mechanism in public health policy, it is responsible for the primary health care in urban and rural areas, including specific populations, such as quilombolas and indigenous ethnic groups. This characteristic leads us to reflect on the approximations and divergences between the anthropological thought and public health policies.

Keywords: anthropology; ESF; humaniza SUS; health; disease.